



Payroll Deduction Authorization Form

To be returned to Payroll Administrator/Human Resources

I agree to participate in the CMN Workplace Giving Campaign with a deduction in the amount of \$ _____ which will be taken out of my payroll check [circle one]:

each pay period or as a one-time donation.

All funds will be sent to your local Children's Miracle Network member hospital foundation.

Deductions will start from the pay period after the date signed below and will show as "Children's Miracle Network" on your pay slip.

You can withdraw from the program at any time by letting your Payroll Administrator/HR know.

Donation total for the year will appear on T4 for income tax claim purposes.

I understand and authorize my employer to retain the entire amount stated above in compliance with the law.

Cause/Reason: CMN Workplace Giving

Printed Name: _____

Signature: _____

Department: _____

Date: _____





Formulaire d'autorisation de déduction sur la paie

À retourner à l'administrateur de la paie / aux ressources humaines

Je consens à participer à la collecte de fond en milieu de travail du *Réseau Enfants-Santé* (Children's Miracle Network) avec une déduction d'un montant de \$ _____ qui sera prélevée sur mon chèque de paie [entourez une option] :

chaque période de paie ou en tant que don unique.

Tous les fonds recueillis seront envoyés à la fondation de l'hôpital membre local du *Réseau Enfants-Santé*.

Les déductions commenceront à partir de la période de paie suivant la date indiquée ci-dessous et apparaîtront sous « *Children's Miracle Network* » sur votre bulletin de paie.

Vous pouvez vous retirer du programme à tout moment en avisant votre administrateur de la paie / RH.

Le total des dons pour l'année figurera sur le T4 aux fins de la déclaration fiscale.

Je comprends et j'autorise mon employeur à retenir la totalité du montant indiqué ci-dessus conformément à la loi.

Cause / Raison : *Collecte de fond en milieu de travail du Réseau Enfants-Santé*

Nom en lettres moulées: _____ Signature: _____

Département: _____ Date: _____

