

## AVIS

En vertu de la politique de sécurité du Ministère de la Défense nationale, le formulaire **DND 2886-F - Déclaration de plan de garde familiale (PGF)** porte la désignation « **Protégé B** » lorsque complété.

Les formulaires remplis « Protégé B » **NE DOIVENT PAS ÊTRE SAUVEGARDÉS SANS LA PROTECTION DU CHIFFRAGE NUMÉRIQUE** ni sur les lecteurs de réseau ou locaux ni sur les supports de mémoire. Les formulaires « Protégé B », une fois remplis, **PEUVENT ÊTRE SAUVEGARDER SEULEMENT PAR LE CHIFFRAGE NUMÉRIQUE AVEC LA CARTE À PUCE DE L'ICP DU MDN**. Le non-respect de cette exigence sera considéré une infraction à la sécurité et entraînera des sanctions en vertu de la politique.



## Déclaration de plan de garde familiale (PGF)

(Les militaires doivent remplir la partie I. Voir les instructions à la page 2.)

**Formulaire DOAD 5044-1A**

**Partie I - Identification, Déclaration et Administration**

Nom	Prénom	NM	Grade	Unité	
J'ai lu et compris la section portant sur le PGF de la DOAD 5044-1, <i>Les familles</i> , et déclare que : <i>(indiquer la situation appropriée)</i> <input type="checkbox"/> À l'heure actuelle, je n'ai pas la responsabilité de fournir des soins à un membre de ma famille et je n'ai donc pas besoin de préparer un PGF. <input type="checkbox"/> À l'heure actuelle, j'ai la responsabilité de fournir des soins à un membre de ma famille et mon PGF figure à la partie II. <input type="checkbox"/> À l'heure actuelle, j'ai la responsabilité de fournir des soins à un membre de ma famille; j'ai préparé mon PGF, mais il ne figure pas à la partie II.			Oui <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>	J'autorise la divulgation des renseignements personnels contenus dans cette déclaration au CRFM de mon unité.  J'autorise la destruction de toute copie de mon PGF lorsqu'il est remplacé par une nouvelle version.
			Signature du militaire	Date	

**Partie II - Plan de garde familiale (facultatif)**

**Section A - Identification des membres de la famille**

Nom de l'époux ou conjoint de fait	Prénom	Téléphone
		Résidence : _____ Travail : _____
Membres de la famille sous la responsabilité du militaire	DDN (aaaa-mm-jj)	Problèmes de santé / Soins spéciaux
1.		
2.		
3.		
4.		
Langue <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Autres :		

**Section B - Identification des fournisseurs de soins**

1er fournisseur		2e fournisseur	
Nom et prénom	Lien de parenté avec le militaire (s'il y a lieu)	Nom et prénom	Lien de parenté avec le militaire (s'il y a lieu)
Agence (s'il y a lieu)		Agence (s'il y a lieu)	
Adresse (rue/C.P., ville, province, code postal)		Adresse (rue/C.P., ville, province, code postal)	
Téléphone :		Téléphone :	
Difficultés éventuelles (s'il y a lieu)		Difficultés éventuelles (s'il y a lieu)	

# Instructions pour remplir la déclaration de PGF

## Partie I - Identification, déclaration et administration

La partie I sert à identifier le militaire et à indiquer sa situation familiale. En choisissant la deuxième ou troisième option, le militaire indique au cmdt qu'il a un PGF et que ses obligations familiales, qui pourraient à n'importe quel moment l'empêcher de s'absenter pour des raisons de service, ont été considérées lors de la préparation de son PGF.

De plus, la partie I sert à indiquer si le militaire autorise :

- la divulgation des renseignements personnels fournis dans la déclaration de PGF au centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM) de son unité;
- la destruction de la déclaration de PGF lorsqu'elle est remplacée par une nouvelle version. Seule la copie la plus récente de la déclaration de PGF est conservée dans le dossier du militaire. Une fois révisée, l'ancienne déclaration de PGF doit être remise au militaire, sauf s'il consent par écrit à ce qu'elle soit détruite.

## Partie II - Plan de garde familiale

### Section A - Identification des membres de la famille

La section A sert à identifier les membres de la famille du militaire et permet d'indiquer les problèmes de santé et les soins spéciaux requis.

### Section B - Identification des fournisseurs de soins

La section B sert à identifier les fournisseurs de soins. Il faut indiquer au moins deux personnes ou agences capables de s'occuper des membres de la famille en cas d'absence pour des raisons de service. Dans la plupart des cas, le premier nom fourni est celui de l'époux ou du conjoint de fait du militaire. Il faut également fournir les adresses et numéros de téléphone des fournisseurs de soins, ainsi que les difficultés éventuelles. Elle peut également servir à indiquer au cmdt toute difficulté éventuelle que pourrait éprouver le militaire dans l'application du PGF (p. ex. déplacement des enfants ou du fournisseur de soins, moyens financiers suffisants, escorte de voyage, besoins spéciaux, etc.).

**« Les renseignements personnels qui figurent dans cette déclaration sont recueillis en vertu de la *Loi sur la défense nationale* et seront utilisés par le ministère de la Défense nationale pour aider les militaires des Forces canadiennes à établir un plan de soutien à la famille. Ces renseignements sont protégés contre une divulgation non autorisée en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* du Canada. Vous pouvez demander d'avoir accès à ces renseignements en tout temps en donnant le numéro MDN PPE 818 du Fichier de renseignements personnels. »**