



# Deployment Contact Information Form

## Formulaire d'informations de Contact pour le Déploiement

1. Particulars of CAF Member/Détails du Membre du FAC			
Service Number / Numéro de Matricule	Rank/Grade	Surname / Nom de Famille	First Name & Initial / Prénom & Initiales
Home Unit/Unité Domicile		<b>(Please check one/Cochez une case)</b>	
		<input type="checkbox"/> Regular Force Force Régulière	<input type="checkbox"/> Reserve Force Force de la Réserve
		<input type="checkbox"/> Civilian Civil	
Work Related Separation Information / Information sur la séparation liée au travail			
Deploying Unit/Unité de Déploiement		Category / Catégorie <b>(Please check one/Cochez une case)</b>	
		<input type="checkbox"/> Deployment Déploiement	<input type="checkbox"/> Course / Training Cours / Entraînement
		<input type="checkbox"/> Imposed Restriction Restriction Imposée	
Location / Emplacement	Start Date / Date de Début	End Date / Date de Fin	
Children's names and birthdates / Noms des enfants et dates de naissance			
Who will be the Primary Care giver of the children while you are away? Qui sera responsable des enfants pendant votre absence?		<b>(Please check one/Cochez une case)</b>	
		<input type="checkbox"/> Primary Contact 1 Contact Primaire 1	<input type="checkbox"/> Primary Contact 2 Contact Primaire 2
2. Deployment Support/Support au Déploiement			
If contact lives outside of the local area, would you like this form shared with their nearest MFRC? / Si votre contact habite à l'extérieur de la région aimeriez-vous que ce formulaire soit partagé avec le CRFM local? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</span>			
<b>Primary Contact (1) / Contact Primaire (1)</b>			
Full Name / Nom Complet:			
Relationship / Relation		Language / Langue	
<input type="checkbox"/> Spouse Époux(se)	<input type="checkbox"/> Partner Partenaire	<input type="checkbox"/> Parent Parent	<input type="checkbox"/> Friend Ami(e)
<input type="checkbox"/> Dual Service Couple Couple de Militaire	<input type="checkbox"/> Other Autre	<input type="checkbox"/> English Anglais	<input type="checkbox"/> French Français
<input type="checkbox"/> Other _____ Autre			
Complete Mailing Address / Adresse Postale Complète			
Primary Phone Number / Numéro de Téléphone Primaire		Alternate Phone Number / Autre Numéro de téléphone	
(    )	<input type="checkbox"/> Home Maison	(    )	<input type="checkbox"/> Home Maison
	<input type="checkbox"/> Cell Travail		<input type="checkbox"/> Cell Travail
Primary Email Address / Adress Courriel Primaire		Alternate email Address / Autre Courriel	
<input type="checkbox"/> Personal Personel		<input type="checkbox"/> Personal Personel	
<input type="checkbox"/> Other Autre		<input type="checkbox"/> Other Autre	
Would this contact like to receive emails to both accounts? Est-ce-que ce contact souhaite recevoir des courriels aux deux comptes? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</span>			
Would this contact like to be registered for our monthly Warm Line Service (only when deployed)? / Est-ce-que ce contact Est-ce-que ce contact souhaite s'inscrire à notre service mensuel d'appel de courtoisie (seulement durant le déploiement)? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Yes / Oui <input type="checkbox"/> No / Non</span>			
If yes, please select preference / Si oui, veuillez sélectionner la préférence <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Email</span>			

## 2. Deployment Support/Support au Déploiement

If contact lives outside of the local area, would you like this form shared with their nearest MFRC? / Si votre contact habite à l'extérieur de la région aimeriez-vous que ce formulaire soit partagé avec le CRFM local?  Yes / Oui  No / Non

### Primary Contact (2) / Contact Primaire (2)

Full Name / Nom Complet:

Relationship / Relation

- Spouse  Partner  Parent  Friend  
Époux(se) Partenaire Parent Ami(e)  
 Dual Service Couple  Other \_\_\_\_\_  
Couple de Militaire Autre

Language/Langue

- English  French  Other \_\_\_\_\_  
Anglais Français Autre

Complete Mailing Address / Adresse postale complète

Primary Phone Number / Numéro de Téléphone Primaire

( )  Home  Cell  Work  
Maison Travail

Alternate Phone Number / Autre Numéro de téléphone

( )  Home  Cell  Work  
Maison Travail

Primary Email Address / Adress Courriel Primaire

- Personal  Other  
Personel Autre

Alternate email Address / Autre Courriel

- Personal  Other  
Personel Autre

Would this contact like to receive emails to both accounts? Est-ce-que ce contact souhaite recevoir des courriels aux deux comptes?  Yes / Oui  No / Non

Would this contact like to be registered for our monthly Warm Line Service (only when deployed)? / Est-ce-que ce contact Est-ce-que ce contact souhaite s'inscrire à notre service mensuel d'appel de courtoisie (seulement durant le déploiement)?  Yes / Oui  No / Non

If yes, please select preference / Si oui, veuillez sélectionner la préférence  Telephone  Email

## 3. Additional Support/Support Supplémentaire

Do you have a dependent or family member who may need additional support while you are away? (i.e. health concerns, pregnancy, or diverse abilities) / Avez-vous une personne à charge ou un membre de votre famille qui peut avoir besoin d'un soutien supplémentaire pendant votre absence? (c.-à-d. problèmes de santé, grossesse ou diverses aptitudes?  Yes / Oui  No / Non

If yes, would you like support in developing a deployment plan? / Si oui, aimeriez-vous être soutenu dans l'élaboration d'un plan de soins de déploiement?  Yes / Oui  No / Non

## Privacy Disclaimer/ Énoncé de protection des renseignements personnels

The information on this form will be kept confidential and used only for the purpose for which it is collected within the Military Family Resource Centre (MFRC). The MFRC adheres to the *Privacy Act*. / Les renseignements contenus dans le présent formulaire seront tenus confidentiels et ne serviront que pour les buts dans lesquels ils ont été recueillis au sein du Centre de ressources pour les familles des militaires (CRFM). Le CRFM respecte la Loi sur la protection des renseignements personnels.

Signature: \_\_\_\_\_

Print full name / Imprimer Nom Complet: \_\_\_\_\_

Date (DD/MMM/YY): \_\_\_\_\_

### For Office Use Only

Date Received:	Date Entered into System:	Entered By:	Forwarded to another MFRC? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
			MFRC Location: