

PMFRC WORK RELATED SEPARATION – FAMILY INFORMATION FORM

The Privacy Code for Military Family Services Programs establishes the standard under which MFRCs can collect and use personal information about the CAF personnel and their families. This form is completed in order for the PMFRC to provide family members support services during a work-related separation. This form is for PMFRC purposes as it relates to a CAF member's work-related separation. The information will remain confidential and will not be shared without the express permission of the CAF member or CAF family member. These records are kept on file for a period of 1-year post work related separation; any concerns or discrepancies with this form can be addressed to the Executive Director at the PMFRC.

CAF Member's Information							
Service Number *	Rank *	Surname (Last Name) *	Given Name	Unit *	Name of Op / Roto *		
Date of Birth (d/m/y)	Home Address		City	Province	Postal Code		
Indicate Purpose of Work-Related Separation							
<input type="checkbox"/> Imposed Restriction	<input type="checkbox"/> Deployment	<input type="checkbox"/> Training	<input type="checkbox"/> IRU	<input type="checkbox"/> DART	<input type="checkbox"/> OUTCAN	<input type="checkbox"/> Annual	<input type="checkbox"/> Other
Work Related Separation Information (Dates)							
Date of Departure		Approximate Date of Return		Location of Deployment			

Family Member Contact Information																																	
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Primary Contact (First and Last Name)</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Relationship</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Mailing Address (if different from above)</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Closest Base to Primary Contact</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Primary (Preferred) Language:</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____</td></tr> <tr><td>Preferred Form of Communication:</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____</td></tr> <tr><td>Type of Information of Interest</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents</td></tr> </table>	Primary Contact (First and Last Name)		Relationship		Mailing Address (if different from above)		Closest Base to Primary Contact		Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home		Primary (Preferred) Language:	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____	Preferred Form of Communication:	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____	Type of Information of Interest	<input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td>Secondary Contact (First and Last Name)</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Relationship</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Mailing Address (if different from above)</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Closest Base to Primary Contact</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home</td></tr> <tr><td> </td></tr> <tr><td>Primary (Preferred) Language:</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____</td></tr> <tr><td>Preferred Form of Communication:</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____</td></tr> <tr><td>Type of Information of Interest</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents</td></tr> </table>	Secondary Contact (First and Last Name)		Relationship		Mailing Address (if different from above)		Closest Base to Primary Contact		Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home		Primary (Preferred) Language:	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____	Preferred Form of Communication:	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____	Type of Information of Interest	<input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents
Primary Contact (First and Last Name)																																	
Relationship																																	
Mailing Address (if different from above)																																	
Closest Base to Primary Contact																																	
Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home																																	
Primary (Preferred) Language:																																	
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____																																	
Preferred Form of Communication:																																	
<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____																																	
Type of Information of Interest																																	
<input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents																																	
Secondary Contact (First and Last Name)																																	
Relationship																																	
Mailing Address (if different from above)																																	
Closest Base to Primary Contact																																	
Best Contact Phone Number <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Home																																	
Primary (Preferred) Language:																																	
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Bilingual <input type="checkbox"/> Other: _____																																	
Preferred Form of Communication:																																	
<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email. Email Address: _____																																	
Type of Information of Interest																																	
<input type="checkbox"/> CDSP <input type="checkbox"/> ECC/ERC <input type="checkbox"/> Resource for Spouse <input type="checkbox"/> Resource for Parents																																	

Children's Information			
Name of Child(ren)	DOB: Day/Month/Year	Gender	Special Considerations

I give permission to provide this information with my home unit (as indicated above) Yes No Initial: _____

 Member's Signature Date Staff Signature

Please return all completed forms to the PMFRC Deployment Office at The Family Centre (12 Reichwald Cres)

Date Received	Entered into Database	Email Sent	Mail Sent

SÉPARATION LIÉE AU TRAVAIL DU CRFMP - FORMULAIRE D'INFORMATION SUR LA FAMILLE

Le Code de protection des renseignements personnels pour les programmes de services aux familles des militaires établit la norme selon laquelle les CRFM peuvent recueillir et utiliser des renseignements personnels sur le personnel des FAC et leurs familles. Ce formulaire est rempli afin que le CRFMP fournisse des services de soutien aux membres de la famille pendant une séparation liée au travail. Ce formulaire est destiné au CRFMP en ce qui a trait à la séparation liée au travail d'un militaire. Les informations resteront confidentielles et ne seront pas partagées sans l'autorisation expresse du Membre des FAC ou membre de la famille des FAC. Ces formulaires sont conservés dans un dossier pendant une période d'un an après la cessation de la séparation liée au travail; toute préoccupation ou divergence avec ce formulaire peut être adressée au directeur exécutif du CRFMP.

Information sur les membres des FAC					
Numéro de service*	Rang *	Nom	Prénom	Unité*	Nom de l'op / Roto *
DDN: d/m/y)	Adresse du domicile		Ville	Province	Code postal

Indiquez le but de la séparation liée au travail							
<input type="checkbox"/> Restriction Imposé	<input type="checkbox"/> Déploiement	<input type="checkbox"/> Entraînement	<input type="checkbox"/> URI	<input type="checkbox"/> EICC	<input type="checkbox"/> OUTCAN	<input type="checkbox"/> Annuel	<input type="checkbox"/> Autre

Information sur la séparation liée au travail (dates)		
Date de départ	Date approximative de retour	Lieu de déploiement

Coordonnées des membres de la famille	
Contact principal (prénom et nom)	Contact principal (prénom et nom)
Relation	Relation
Adresse postale (si différente de ci-dessus)	Adresse postale (si différente de ci-dessus)
Base la plus proche du contact principal	Base la plus proche du contact principal
Meilleur numéro de téléphone pour contacter <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile	Meilleur numéro de téléphone pour contacter <input type="checkbox"/> Cellulaire <input type="checkbox"/> Domicile
Langue principal (préférée)	Langue principal (préférée)
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Bilingue <input type="checkbox"/> Autre: _____	<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Bilingue <input type="checkbox"/> Autre: _____
Forme de communication préférée	Forme de communication préférée
<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel Adresse courriel: _____	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel Adresse courriel: _____
Type d'information d'intérêt	Type d'information d'intérêt
<input type="checkbox"/> PSED <input type="checkbox"/> SGU/SGR <input type="checkbox"/> Ressource pour le/la partenaire <input type="checkbox"/> Ressource pour les parents	<input type="checkbox"/> PSED <input type="checkbox"/> SGU/SGR <input type="checkbox"/> Ressource pour le/la partenaire <input type="checkbox"/> Ressource pour les parents

Informations pour les enfants			
Nom de l'enfant ou des enfants	Date de naissance: Jour / mois / année	Genre	Considérations spéciales

Je donne la permission de fournir ces informations avec mon unité d'origine (comme indiqué ci-dessus) Yes No Initial: _____

Member's Signature _____ Date _____ Signature du personnel _____

Veillez retourner tous les formulaires remplis au bureau de déploiement du CRFMP au centre de la famille (12 Reichwald Cres)

Date de réception	entrée dans la base de données	Courriel envoyé	Courrier envoyé