

Work-Related Separation Family Information Form

This form can be completed by CAF personnel (Reg/Res) and civilian employees prior to any time away. If you wish, please complete this form so that we may offer services/programs to your family during your work-related separation.

Particulars of CAF Member / Civilian Member					
Service Number	Rank	Surname	Given Name & Initial	Unit	Name of Op/Roto
Member		Home Address	City	Province	Postal Code
☐ Regular ☐ Reserve ☐ Civ					
Indicate Purpose of Work-Related Separation					
☐ IR		☐ Deployment	☐ Training	☐ Course	☐ Other
Work-Related Separation Information					
Date of Departure		Approximate Date of Return		Location of Deployment	

Family Member Contact Information	
Primary Contact (First and Last Name)	Secondary Contact (First and Last Name)
Relationship to Member	Relationship to Member
City/Province	City/Province
Email / Phone Contact / Preference	Email / Phone Contact / Preference
☐ Calls ☐ E-mail	☐ Calls ☐ E-mail
Language of Contact	Language of Contact
☐ English ☐ French	☐ English ☐ French
Add to deployment newsletter email list? ☐ Yes	Add to deployment newsletter email list? ☐ Yes

Children's Information				
Name	Age		Name	Age
1.			3.	
2.			4.	

Special Considerations (e.g. providing care for parents, pregnancy, disability, young children, medical concerns etc.)

Privacy Disclaimer: This information will be kept confidential and used only for the purpose for which it was collected within the Military Family Resource Centre's (MFRC) and Unit. The MFRC adheres to the Privacy Act. I understand this information will be shared with MFRC/Units to help provide support services and care for my family.

Member's Signature: _____ **Date (D/M/Y):** _____

Please return form by emailing it to Chelsea.macdonald@forces.gc.ca OR in-person at the New Brunswick MFRC.

Formulaire d'information familiale pour une séparation reliée au travail

Ce formulaire peut être rempli par le personnel des FAC (Rég/Rés) et les employés civils avant un départ. Si vous le souhaitez, veuillez remplir ce formulaire afin que nous puissions offrir des services/programmes à votre famille pendant votre séparation reliée au travail.

Informations sur le membre des FAC / Membre civil					
Numéro de service	Rang	Nom	Prénom	Unité	Nom of l'op/Roto
Membre		Adresse du domicile	Ville	Province	Code Postal
☐ Régulière ☐ Réserve ☐ Civ					
Indiquez le but de la séparation reliée au travail					
☐ Restriction imposée ☐ Déploiement ☐ Entrainement ☐ Cours ☐ Autre					
Information sur la séparation reliée au travail					
Date du départ		Date approximative du retour		Lieu de déploiement	

Coordonnées des membres de la famille	
Premier contact (prénom et nom)	Deuxième contact (prénom et nom)
Relation avec le membre	Relation avec le membre
Ville/Province	Ville/Province
Courriel / Numéro de téléphone / Préférence	Courriel / Numéro de téléphone / Préférence
☐ Téléphone ☐ Courriel	☐ Téléphone ☐ Courriel
Langue préféré	Langue préféré
☐ Anglais ☐ Français	☐ Anglais ☐ Français
Ajouter à la list de distribution du bulletin d'information au déploiement? ☐ Yes	Ajouter à la liste de distribution du bulletin d'information au déploiement? ☐ Yes

Informations sur les enfants				
Nom	Âge		Nom	Âge
1.			3.	
2.			4.	

Considérations particulières (ex. prise en charge des parents, grossesse, handicap, jeunes enfants, problème médicaux, etc.)

Protection de la confidentialité: Les informations recueillies sont confidentielles et serviront uniquement au Centre des ressources pour les familles des militaires (CRFMNB) et votre unité. Le CRFMNB adhère à la politique de la Loi sur la protection des renseignements personnels. J'accepte que ces renseignements soient divulgués aux CRFMNB/Unité.

Signature du membre: _____ Date (J/M/A): _____