



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		(Please check one/Cochez une case)	
		<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 (Please check one/Cochez une case)	
		<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? **(Please check one/Cochez une case)**
 Qui sera responsable des enfants pendant votre absence? Primary Contact 1 Primary Contact 2
Contact Primaire 1 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? Yes / Oui No / Non

Primary Contact (1) / Contact Primaire (1)

Full Name / Nom Complet:

Relationship / Relation	Language / Langue
<input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Partner <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Friend Époux(se) Partenaire Parent Ami(e)	<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other _____ Anglais Français Autre
<input type="checkbox"/> Dual Service Couple <input type="checkbox"/> Other _____ Couple de Militaire 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 <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work Maison Travail	<input type="checkbox"/> Home <input type="checkbox"/> Cell <input type="checkbox"/> Work Maison Travail
Primary Email Address / Adress Courriel Primaire	Alternate email Address / Autre Courriel
<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Other Personel Autre	<input type="checkbox"/> Personal <input type="checkbox"/> Other Personel Autre

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 Text

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 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 Text

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? Yes No

MFRC Location: