



Temporary Deployment – Family Contact Form



MEMBER'S INFORMATION			FAMILY SUPPORT PERSON'S INFORMATION		
Rank:	Last Name:	First Name:	Last Name:		First Name:
Unit:		<input type="checkbox"/> Regular Force <input type="checkbox"/> Reservist	Address:		
Deployment Location:			City:	Province:	Postal Code:
Start Date:		End Date:	Phone:		Email Address:
Relationship to Member: <input type="checkbox"/> Spouse <input type="checkbox"/> Mother <input type="checkbox"/> Father <input type="checkbox"/> Other:					

COMMUNICATIONS	
How would your family support person like to receive communication from the MFRC?	
<input type="checkbox"/> Events & Service Updates Our monthly newsletter contains info about upcoming events, programs, and new/updated services.	
<input type="checkbox"/> Check-In Communications Periodic messages from MFRC staff to check in and offer additional support etc.	
<input type="checkbox"/> DO NOT CONTACT By checking this box, you confirm your family support person will not be contacted under any circumstance.	
<i>You can change your preferences or unsubscribe at any time.</i>	
Primary Language Used at Home:	Preferred Method of Communication:
<input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> French <input type="checkbox"/> Other: _____	<input type="checkbox"/> Phone <input type="checkbox"/> Email <input type="checkbox"/> Other: _____

DEPENDANTS INFORMATION		
Name	Age	Additional Info

PRIVACY CODE	
The information on this form will be kept confidential and used only for the purpose for which it is collected within the Moose Jaw Military Family Resource Centre. The Moose Jaw MFRC adheres to the Military Family Services Privacy Code. I hereby give my consent to the Moose Jaw MFRC to disclose this information to the Moose Jaw MFRC staff.	
Signed:	Date:

RENSEIGNEMENTS SUR LE MEMBRE

Grade: Nom de famille: Prénom:

Unité: ☐ Force régulière
☐ Réserviste

Lieu du déploiement:

Date de début: Date de fin:

INFORMATIONS SUR LA PERSONNE DE SOUTIEN FAMILIAL

Nom de famille: Prénom:

Adresse:

Ville: Province: Code postal:

Téléphone: Adresse courriel:

Relation avec le membre:

☐ Conjoint ☐ Mère ☐ Père ☐ Autre:

COMMUNICATIONS

Comment votre personne de soutien familial aimerait-elle recevoir les communications du CRFM?

☐ **Mises à jour sur les événements et services**

Notre infolettre mensuelle contient des informations sur les événements à venir, les programmes et les services nouveaux/mis à jour.

☐ **Communications périodiques**

Messages périodiques du personnel du CRFM pour prendre des nouvelles et offrir un soutien supplémentaire, etc.

☐ **NE PAS CONTACTER**

En cochant cette case, vous confirmez que votre personne de soutien familial ne sera contactée en aucune circonstance.

Vous pouvez modifier vos préférences ou vous désabonner à tout moment.

Langue principale utilisée à la maison:

Méthode préférée de communication:

☐ Anglais
☐ Français
☐ Autre: _____

☐ Téléphone
☐ Courriel
☐ Autre: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LES DÉPENDANTS

Nom	Âge	Autre Info

CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

L'information contenue sur ce formulaire sera maintenue confidentielle et utilisée seulement pour la base de données du Centre de ressources pour les familles militaires de Moose Jaw. Le CRFM de Moose Jaw adhère au code sur la protection de la vie privée des services offerts aux familles militaires. Par la présente, je donne mon consentement au CRFM de Moose Jaw de divulguer cette information au personnel du CRFM de Moose Jaw.

Signé:

Date: