



MILITARY MEMBER & DETAILS OF ABSENCE

Last Name:	First Name:	Rank:	Initials:
Last 3 of Service Number:	Personal Email or Phone #:		
Base:	Unit:	Pronouns:	
Absence Location:	Date of Departure:	Return date:	

WHO WE WILL CONTACT WHILE YOU ARE AWAY

Last Name:		First Name:	Pronouns:
Primary Language: ☐ English ☐ French ☐ Bilingual ☐ Other _____	Relationship: ☐ Spouse ☐ Partner ☐ Parent ☐ Adult Child ☐ Other _____	Phone Number(s):	
		Email Address:	
		Postal Code:	City, Province:
Last Name:		First Name:	Pronouns:
Primary Language: ☐ English ☐ French ☐ Bilingual ☐ Other _____	Relationship: ☐ Spouse ☐ Partner ☐ Parent ☐ Adult Child ☐ Other _____	Phone Number(s):	
		Email Address:	
		Postal Code:	City, Province:
Last Name:		First Name:	Pronouns:
Primary Language: ☐ English ☐ French ☐ Bilingual ☐ Other _____	Relationship: ☐ Spouse ☐ Partner ☐ Parent ☐ Adult Child ☐ Other _____	Phone Number(s):	
		Email Address:	
		Postal Code:	City, Province:

CHILDREN (UNDER THE AGE OF 18—WILL NOT BE DIRECTLY CONTACTED)

Name:	D.O.B.:	Relationship:	Name:	D.O.B.:	Relationship:

NOTES

OUT OF AREA FAMILY CONTACT

If any member of your family lives outside of the areas served by the KMFRC, we will forward this information to the MFRC closest to them.
--

CONSENT & PRIVACY CODE

By signing below, I acknowledge that only the individual(s) listed above will be contacted by a Military Family Resource Centre regarding absence support services. Individuals not listed above will not be contacted; however, anyone within a CAF member's circle of care may self-identify and access absence support services at any time.

The KMFRC abides by the Privacy Code for MVFSP. This code assists the KMFRC in protecting the personal information of military members, families and all other clients using the KMFRC services. Personal information provided will be used only for the purposes it has been collected for. This information will not be disclosed or used for any other purposes without the individual's consent.

If completed electronically, please insert an electronic signature or type in your full legal name.

Signed: _____ Date: _____

MEMBRE DU PERSONNEL MILITAIRE ET DÉTAILS DE L'ABSENCE

Nom de famille:	Prénom:	Grade:	Initiales:
Les 3 derniers chiffres du no. de service:	Courriel ou téléphone personnel:		
Base:	Unité:	Pronoms:	
Lieu de l'absence:	Date de départ:	Date de retour:	

QUI NOUS CONTACTERONS PENDANT VOTRE ABSENCE

Nom de famille:	Prénom:	Pronoms:
Langue principale: ☐ anglais ☐ français ☐ bilingue ☐ autre _____	Relation: ☐ conjoint (e) ☐ partenaire ☐ Parent ☐ enfant adulte ☐ autre _____	Numéro(s) de téléphone: Courriel électronique: Code postale: Ville, Province:
Nom de famille:	Prénom:	Pronoms:
Langue principale: ☐ anglais ☐ français ☐ bilingue ☐ autre _____	Relation: ☐ conjoint (e) ☐ partenaire ☐ Parent ☐ enfant adulte ☐ autre _____	Numéro(s) de téléphone: Courriel électronique: Code postale: Ville, Province:
Nom de famille:	Prénom:	Pronoms:
Langue principale: ☐ anglais ☐ français ☐ bilingue ☐ autre _____	Relation: ☐ conjoint (e) ☐ partenaire ☐ Parent ☐ enfant adulte ☐ autre _____	Numéro(s) de téléphone: Courriel électronique: Code postale: Ville, Province:

ENFANTS (ÂGÉS DE MOINS DE 18 ANS — NE SERONT PAS CONTACTÉS DIRECTEMENT)

Nom:	Date de naissance:	Relation:	Nom:	Date de naissance:	Relation:

REMARQUES

FAMILLE À L'EXTÉRIEURE DE LA RÉGION

Si un membre de votre famille réside en dehors des zones desservies par le CRFMK, nous transmettrons ces informations au CRFM le plus proche de chez lui.

CONSENTEMENT & CODE DE PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

En signant ci-dessous, je reconnais que seules les personnes mentionnées ci-dessus seront contactées par le Centre de ressources pour les familles des militaires au sujet des services d'accompagnement en cas d'absence. Les personnes qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus ne seront pas contactées ; toutefois, toute personne faisant partie de l'entourage d'un membre des FAC peut se manifester et bénéficier des services d'accompagnement en cas d'absence à tout moment.

Le CRFMK respecte le Code de confidentialité du PSFV. Ce code aide le CRFMK à protéger les renseignements personnels des membres des Forces militaires, des familles et de tous les autres clients utilisant les services du CRFMK. Les renseignements personnels fournis seront utilisés uniquement aux fins pour lesquelles ils ont été recueillis. Ces informations ne seront ni divulguées ni utilisées à d'autres fins sans le consentement de la personne concernée.

Si le formulaire est rempli par voie électronique, veuillez insérer une signature électronique ou écrivez votre nom légal complet.

Signature: _____ Date: _____