

Une copie de l'annexe dûment remplie doit être envoyée au FFM.

ANNEXE A

***RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DÉSIGNÉS « PROTÉGÉ B »
UNE FOIS LE FORMULAIRE REMPLI***

**LISTE DE VÉRIFICATION ET FORMULAIRE DE RECOMMANDATION DE
BÉNÉFICIAIRE À L'INTENTION DES COMMANDANTS DES BASES ET
ESCADRES**

Nom du bénéficiaire : _____			
Adresse du bénéficiaire : _____			
Numéro de téléphone : _____		"I tqwr g"<aaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaaa	
Nom du membre des FC : _____		Numéro matricule"< _____	
Relation avec le membre des FC : _____			
Type d'aide : Subvention <input type="checkbox"/>			
Montant de l'aide demandée : _____			
Le besoin est-il urgent? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Une aide financière est-elle disponible auprès d'autres sources? (p. ex. CAPFC ou fonds publics) Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Le bénéficiaire est-il en mesure de rembourser le FFM? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
L'aide est-elle demandée en raison d'une blessure, d'une incapacité ou du décès d'un membre des FC? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, la blessure, l'incapacité ou le décès sont-ils liés au travail? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Une autre forme de soutien ou des conseils sont-ils requis? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Un conseiller financier a-t-il examiné le dossier? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Cette demande est-elle liée aux exigences du service? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Expliquez la raison de la demande d'aide. _____ _____ _____			
Utilisation prévue des fonds : _____ _____ _____			
Numéro(s) de carte BMO, si émise(s) : _____			
Aide recommandée/approuvée Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
_____ COMMANDANT DE LA BASE OU DE L'ESCADRE			
SIGNÉ À		CE ° JOUR DE 20__.	

Une copie de l'annexe dûment remplie doit être envoyée au FFM.

ANNEXE B

***RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DÉSIGNÉS « PROTÉGÉ B »
UNE FOIS LE FORMULAIRE REMPLI***

FORMULAIRE D'ATTESTATION ET DE CONSENTEMENT

Je _____ de la _____ de _____ dans la province de _____ ATTESTE l'exactitude de tous les renseignements que j'ai fournis à l'appui de ma demande d'aide financière auprès du Fonds pour les familles des militaires.

Le présent formulaire confirme aussi que je sais que des renseignements me concernant seront utilisés et divulgués par la chaîne de commandement/le personnel autorisé du FFM aux fins d'évaluation de ma demande et à toute autre fin liée à l'administration du Fonds pour les familles des militaires et qu'aucune autre utilisation ou divulgation de ces renseignements ne sera faite sans mon consentement autrement qu'en conformité des dispositions de la *Loi sur l'accès à l'information* et de la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

BÉNÉFICIAIRE

SIGNÉ À _____ CE _____^e JOUR DE _____ 20__.

Une copie de l'annexe dûment remplie doit être envoyée au FFM.

ANNEXE C

***RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DÉSIGNÉS « PROTÉGÉ B »
UNE FOIS LE FORMULAIRE REMPLI***

AUTORISATION DE DIFFUSION

Je comprends que les médias demandent au personnel chargé du Fonds pour les familles des militaires (FFM) l'autorisation de réaliser des entrevues avec les familles qui ont bénéficié de l'appui du FFM et(ou) de publier des articles à cet effet. J'accepte d'envisager la possibilité de participer à une entrevue ou qu'un article me concernant soit diffusé sous réserve qu'un représentant du FFM m'en avise au préalable.

BÉNÉFICIAIRE

SIGNÉ À CE ° JOUR DE 20__.