



Appuyons nos troupes
 4210, rue Labelle, Ottawa ON K1A 0K2
 Tél. : 1-888-753-9828 Téléc. : 613-996-4207

Appendice A

PROTÉGÉ « B » (une fois rempli)

Nom	Prénom	Initiale(s)
N° de carte UneFC	Date de naissance	

MILITAIRE

Grade	Force régulière <input type="checkbox"/> Force de réserve <input type="checkbox"/> Classe <input style="width:50px;" type="text"/>	N° matricule
Date d'enrôlement <small>(jj/mm/aa)</small>	Date d'expiration de l'engagement <small>(jj/mm/aa)</small>	Date de libération <small>(jj/mm/aa)</small>

NON-MILITAIRE

Relation avec le membre des FAC

	Oui	Non	Jour	Mois	Année
Avez-vous déjà demandé volontairement la protection en vertu de la <i>Loi sur la faillite et l'insolvabilité</i> (cession en faillite, proposition de consommateur ou recours au programme de paiement méthodique)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>
Attendez-vous d'être libérée d'une faillite, une proposition de consommateur ou un programme de paiement méthodique des dettes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>
Avez-vous entamé le processus de libération des Forces armées canadiennes ou prévoyez-vous être libéré(e) au cours des six prochains mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>	<input style="width:50px;" type="text"/>

ÉTAT CIVIL

Célibataire Marié(e) Conjoint(e) de fait Séparé(e) Divorcé(e) Veuf(ve)

INFORMATION SUR LE CONJOINT/LA CONJOINTE

Nom	Prénom	Initiale(s)
N° de carte UneFC (s'il y a lieu)	Date de naissance	

SI MILITAIRE

Grade	N° matricule
-------	--------------

COORDONNÉES

Adresse postale	Ville	Province	Code postal
N° tél. à domicile/cellulaire	N° tél. au travail	N° tél. au travail du conjoint/de la conjointe	
Courriel		Courriel du conjoint/de la conjointe	

RENSEIGNEMENTS SUR LES PERSONNES VIVANT DANS LE MÊME MÉNAGE

Nom	Lien de parenté avec le demandeur	Date de naissance	Autres commentaires, au besoin

DÉCLARATION ET AUTORISATION

J'atteste par les présentes l'exactitude de tous les renseignements que j'ai fournis à l'appui de ma demande d'aide financière auprès du Fonds Appuyons nos troupes. Je consens également à ce que les renseignements financiers me concernant soient recueillis, divulgués et utilisés dans l'unique but d'évaluer ma demande et que ceux-ci soient utilisés et divulgués par le personnel autorisé du Fonds Appuyons nos troupes, les conseillers financiers de la Financière SISIP et la chaîne de commandement aux fins d'évaluation de ma demande et à toute autre fin liée à l'administration du Fonds Appuyons nos troupes 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*.

SIGNATURE(S)

Signature du demandeur	Date
------------------------	------

Signature du conjoint/de la conjointe	Date
---------------------------------------	------

(This form is available in English)

PROTÉGÉ « B » (une fois rempli)