



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:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" 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:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" 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:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" type="text"/> | <input style="width:40px;" 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 |
|---------------------------------------|------|