

# Application pour le VRD/VID

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|-----------------------------------------------|------------------------------------|
| Section 1 – Doit être complétée par le membre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Numéro de dossier :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             | Nom et Grade:                                               |                                             |                                               |                                    |
| Matricule:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                             | Unité:                                                      |                                             |                                               |                                    |
| Date du changement d’effectif:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             | Transféré à :                                               |                                             |                                               |                                    |
| Autorité (message):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             | Mon adresse actuelle:                                       |                                             |                                               |                                    |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             | Distance entre l’ancien et le nouveau lieu d’affectation:   |                                             |                                               |                                    |
| Je prévois quitter ma résidence vers le (date):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Dates approuvées du VRD/VID sont du _____ au _____.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Congés approuvés en conjonction avec le VRD/VID pour la période du _____ au _____.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Les arrangements de voyage doivent inclure la période en entier:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Date de départ vers le nouveau lieu de travail: _____, les vols sont réservés pour coïncider avec cette date.                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Date de départ pour retourner à l’ancien lieu de travail: _____, les vols sont réservés pour coïncider avec cette date.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <p><u>Note:</u> Il est entendu que l’approbation du VRD/VID comprend les dépenses de la dernière journée du VRD/VID lorsque vous voyagez pendant plusieurs jours. Les dépenses encourues durant votre congé ne sont pas remboursées en vertu du DRFAC, sauf si vous êtes autorisé à effectuer un VRD prolongé en vertu de l’article 4.2.02 et que les fonds au compte sur mesure sont disponibles.</p> |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Je voyagerai seul                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> mon (ma) conjoint(e) voyagera seul | <input type="checkbox"/> accompagné de mon (ma) conjoint(e) | <input type="checkbox"/> et/ou enfant(s)    |                                               |                                    |
| Choix du moyen de transport (Indiquez votre choix):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Avion                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <input type="checkbox"/> Véhicule personnel                 | <input type="checkbox"/> Train                              | <input type="checkbox"/> Autobus            | <input type="checkbox"/> Véhicule de location |                                    |
| Journées additionnelles (applicable au VRD seulement): Je demande _____ journées additionnelles tel que stipulé dans la DRFAC.                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Je reconnais les indemnités de la DRFAC auxquelles j’ai droit et je demande donc un :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <input type="checkbox"/> Premier VRD                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Deuxième VRD                       | <input type="checkbox"/> VRD prolongé                       | <input type="checkbox"/> VRD non-accompagné | <input type="checkbox"/> VID                  | <input type="checkbox"/> VRD au DP |
| Pour tout changement à cette application, j’aviserai BGRS immédiatement.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Je suis responsable d’obtenir la permission pour vivre à l’extérieur des zones géographiques de mon lieu d’affectation.                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| _____<br>Signature du membre                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                             | _____<br>Date                               |                                               |                                    |
| Section 2 – Doit être complétée par l’autorité locale à l’origine (unité perdante)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Par la présente, j’autorise _____ à entreprendre un _____ du _____ au _____.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <p><u>Note 1:</u> Les dates du voyage doivent inclure la journée où le membre retourne à sa résidence principale à la suite de son VRD/VID.</p>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <p><u>Note 2:</u> A l’exception des DP et les VRD/VID entrepris par le/la conjoint(e) et /ou le/les dépendent(s) au nom du membre.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Par la présente, j’autorise le transport en service temporaire au même lieu, avant/après le VRD/VID. Le membre sera en service temporaire au lieu de VRD/VID pour la période du _____ au _____ (avant/après les dates du VRD/VID).                                                                                                                                                                     |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| <p><u>Note 3:</u> Message d’autorisation voyage temporaire/réclamation/approbation doivent être fournis par le membre avec cette application pour faire les réservations de voyage. Les dépenses encourues avant/après le VRD/VID ne sont pas remboursées par le PR FAC.</p>                                                                                                                           |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| _____<br>Signature de l’autorité locale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             | _____<br>Date                                               |                                             | _____<br>Unité                                |                                    |
| Section 3 – Doit être complétée lorsque le VRD/VID est à l’extérieur du Canada (unité bénéficiaire)                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| La permission de l’unité de soutien à destination est requise avant d’entreprendre un VRD/VID à l’extérieur du Canada.                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Veuillez joindre une copie du message autorisant le _____ ou la signature d’autorisation de l’unité bénéficiaire comme indiqué ici-bas, avant de soumettre cette demande pour l’approbation de l’autorité locale de l’unité perdante.                                                                                                                                                                  |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| Par la présente, la demande de _____ est approuvée.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                             |                                                             |                                             |                                               |                                    |
| _____<br>Signature de l’autorité locale                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                             | _____<br>Date                                               |                                             | _____<br>Unité                                |                                    |

Une fois complété, veuillez télécharger se formulaire sur le site sécurisé de LE FSR sous la section ‘documents – Origine’