

D62944
AUBE
RAOUL

Do not remove documents from this folder. Prepared for digitization project. Ces documents seront numérisés. Ne pas les déplacer.

8-7-41

P.D.

AWARDS-CANADIAN ARMY (ACTIVE)

M

2007

EMG

AUBE, Raoul		D.62944	Pte.	FILE No. 405-A-1326 Fus. Mont. Royal
SURNAME (IN BLOCK LETTERS)	CHRISTIAN NAMES	REG. No.	RANK ON DISCHARGE	C.A.S.F. UNIT

WAR SERVICE

BADGE

(CLASS)

No.

DATE DESPATCHED:

ADDRESS:

CAMPAIGN MEDALS	REGISTRATION NUMBER AND DATE DESPATCHED
C.V.S.M. WAR MEDAL 1939-45	7267 - 25.10.49

(THE REVERSE TO BE USED FOR ESTATE PURPOSES)

MEDALS AND MEMORIALS—DECEASED PERSONNEL

REGISTRATION No. DATE OF DESPATCH

(1) MEDALS
PERSON
ENTITLED TO

Mr. Joseph Demers (Step Father)

ADDRESS

2037 rue Visitation,
Montreal, Que.

(2) MEMORIAL CROSS

WIDOW

Single

ADDRESS

(3) MEMORIAL CROSS

MOTHER

Mrs. Philomene Aube (French)

ADDRESS

2007 2037 Visitation St.,
Montreal, P.Q.

MEMORIAL BAR

(1)
DATE DESP.....

REGN. NO. 2223

(2)

Cross returned
Mother Deceased.16/11/46

(3) **DESP. NOV 13 1946**
REGN No. 2229/

✓ A

D-62944

FEUILLE D'ATTESTATION

MILICE ACTIVE NON PERMANENTE DU CANADA LE REGIMENT DE CHATEAUGUAY

UNITÉ..... MITRAILLEUSES N° MATRICULE 1041.....

1. Nom (lettres moulées)..... AUBÉ.....
2. Prénoms..... RAOUL.....
3. Adresse actuelle..... 1902 CARTIER.....
N° du tél.....
4. Date de naissance(*)..... 20 Juin 1906.....
5. Sujet britannique..... Oui.....
6. Profession..... Journaier.....
7. Religion..... C.R......
8. Nom du plus proche parent..... Philomène.....
9. Degré de parenté..... Mère.....
- Adresse..... 1937 VISITATION CARTIER AUBÉ MTL......
10. Avez-vous déjà servi dans la marine, l'armée ou l'aviation militaire.....
(Si oui, indiquez les détails, brevets d'aptitude, etc.)
O.M.

CERTIFICAT D'EXAMEN MÉDICAL

Taille..... Poids..... Développement de la poitrine, max..... min.....

Marques distinctives.....

J'ai examiné le sujet susnommé, conformément aux instructions stipulées dans les règlements régissant les services de santé de l'armée canadienne et le corps dentaire militaire canadien, 1937, appendice V, et je..... classe..... Medical Band "A"

Date..... 19/7/40..... Signature.....

DÉCLARATION À FAIRE LORS DE L'ATTESTATION

Je, soussigné..... Aubé R...... déclare sincèrement et solennellement que, au meilleur de ma connaissance, les réponses que j'ai faites aux questions ci-dessus sont exactes; que je consens à être inscrit pour la période de trois années, ou jusqu'à ce que je sois libéré légalement; que je comprends la nature et la portée de cet engagement, et que je prendrai soin de tous les effets d'habillement, armes et équipement qui me seront confiés, et les renverrai sur demande; que j'aviserai mon commandant de tout changement d'adresse de mon plus proche parent ou de moi-même.

SERMENT À PRÊTER

Je, Aubé R...... promets sincèrement et jure (ou déclare solennellement) fidélité et obéissance à Sa Majesté.

Signature du témoin..... Raoul Aubé.....
Signature du déclarant.....

Fait ce..... 19..... jour de..... Juillet..... 19..... 40..... à..... Montreal.....

CERTIFICAT DE L'OFFICIER CERTIFICATEUR

J'ai averti le sujet susnommé que s'il faisait une fausse déclaration en réponse aux questions sus-indiquées, il s'exposait aux rigueurs de la loi. Les questions et réponses ci-dessus indiquées ont été lues à cette recrue en ma présence. Je me suis assuré qu'il comprend chaque question, et que ses réponses ont été inscrites telles que données, et ladite recrue a fait et signé la déclaration et prêté serment.

M.F.B. 235e
10M-11-39 (2670)
H.Q. 1772-39-1545

.....
Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier certificateur

(*) Le jour, le mois, l'année doivent être indiqués—exemple: 25-8-39

2
États de service

Promotions, abaissements de grade, changements de corps, blessures, etc., exercices annuels, certificats d'aptitude	Date applicable	Inscription autorisée par	Signature des officiers certifiant l'exactitude des inscriptions
Accepté dans le service à partir du.....		 Commandant Unité.....
<p>Emlisted & Posted 19-7-40 SOS.on transfer to CASF.19-7-40 RO.Part II No.164 dated 2-9-40 Le Regiment de Chateauguay (Mit.) QUOTA.</p>			
Médailles et décorations			

NOTE.—Ces inscriptions devront être faites au fur et à mesure et certifiées par l'officier qui les fait.

Les attestations devront être faites en double exemplaire, l'original devant être transmis pour être consigné à la salle du rapport du régiment et le double devant être conservé à la batterie, l'escadron, la compagnie, etc.

3
États de service

M.F.D. 235e
H.Q. 1772-39-1545

Promotions, abaissements de grade, changements de corps, blessures, etc., exercices annuels, certificats d'aptitude	Date applicable	Inscription autorisée par	Signature des officiers certifiant l'exactitude des inscriptions
Accepté dans le service à partir du.....		 Commandant Unité.....

NOTE.—Ces inscriptions devront être faites au fur et à mesure et être certifiées par l'officier qui les fait.

Les attestations devront être faites en double exemplaire, l'original sera transmis pour être consigné à la salle du rapport du régiment et le double sera conservé à la batterie ou à l'escadron, ou à la compagnie, etc.

Doit être remplie en triplicata, désignant chaque exemplaire en biffant les deux termes inutiles.
To be completed in triplicate. Copy designation to be shown by striking out terms not applicable.

M.F.M. 2 Fr.
A.F.B. 271
120 M-8-39 (1696)
H.Q. 1772-48-18

Unité Regiment de Châteauguay
Unit

Matricule D-62944
Regimental Number

Original
Duplicata
Triplicata

ARMÉE ACTIVE DU CANADA CANADIAN ACTIVE SERVICE FORCE

Original
Duplicate
Triplicate

FORMULE D'ENRÔLEMENT ATTESTATION PAPER

1. Nom Aubé
Surname
2. Prénoms Raoul
Christian Names
3. Adresse actuelle 2037 Visitation Montreal Que.
Present Address
4. Date de naissance 29 Juin 1906
Date of birth
5. Lieu de naissance Canada Quebec Montreal
Place of birth (Pays)-(Country) (Comté ou province)-(County or Province) (Ville ou canton)-(Town or Twp.)
6. Religion Catholique Romain
(State denomination)
7. Métier ou profession Journalier
Trade or Calling
8. Marié, veuf ou célibataire Célibataire
Married, Widower or Single
9. Nom du plus proche parent Mme Aubé R. (Lesiege Philomene)
Name of next of kin
10. Parenté de celui-ci Mere
Relationship
11. Adresse du plus proche parent 1937 Visitation Montreal, Que.
Address of next of kin
12. Avez-vous servi dans les forces navales, militaires ou aériennes? Non
Have you served in any Naval, Military or Air Force?
13. Si vous avez accompli du service de guerre antérieur, spécifiez l'arme, la force et les détails régimentaires.
If previous war service, state arm, force and regimental particulars Non
14. Faites-vous actuellement partie de la milice active du Canada ou avez-vous déjà servi dans cette force?
Do you now belong to or have you served in the Active Militia of Canada?

(Indiquez l'unité et la date de l'enrôlement)
(Give unit and date of attestation)

DÉCLARATION FAITE PAR L'HOMME LORS DE L'ENRÔLEMENT DECLARATION TO BE MADE BY MAN ON ATTESTATION

Je, soussigné, Aubé Raoul, déclare solennellement que les renseignements ci-dessus mentionnés sont vrais et je m'engage, par les présentes, à servir dans l'armée active du Canada, tant qu'il existera ou que l'on aura à craindre une guerre, une invasion, une émeute ou une insurrection, aussi bien que pour la période de démobilisation après que la dite crise aura cessé, et, en tout cas, pour une période d'au moins un an, si Sa Majesté requiert mes services.

Date 19 Juillet 1940

Raoul Aubé
(Signature de la recrue)

SERMENT PRÊTÉ PAR LA RECRUE LORS DE L'ENRÔLEMENT OATH TO BE TAKEN BY MAN ON ATTESTATION

Je, Aubé Raoul, promets sincèrement et jure (ou déclare solennellement) que je serai fidèle et porterai sincère allégeance à Sa Majesté.

Raoul Aubé
(Signature de la recrue)

CERTIFICAT DU MAGISTRAT, DU JUGE DE PAIX OU DE L'OFFICIER QUI FAIT PRÊTER LE SERMENT CERTIFICATE OF MAGISTRATE, JUSTICE OF THE PEACE OR ATTESTING OFFICER

J'ai averti l'homme susnommé que s'il répondait inexactement à l'une quelconque des questions précédentes, il serait passible de punition, tel que prévu par la loi.

Les questions et les réponses ci-dessus lui furent ensuite lues en ma présence. Je me suis assuré qu'il comprenait chaque question et que sa réponse à chacune d'elles a été dûment inscrite telle qu'il l'a donnée, et il a fait et signé la déclaration ci-dessus et a prêté serment devant moi,

à Montreal ce 19 ieme jour de Juillet 1940

Major Depot Les. F.M.R. CASF

Jos. Desjardins
(Signature du magistrat, du juge de paix ou de l'officier qui fait prêter le serment)

(Titre, grade et unité ou emploi)

N.B. On désire attirer l'attention sur le fait que toute personne qui répond inexactement à l'une quelconque des questions ci-dessus est passible d'un emprisonnement de six mois.

Attention is drawn to the fact that any person making a false answer to any of the above questions is liable to a penalty of six months' imprisonment

État de service de Aubé
Record of Service of (Nom—Surname)

Roué
(Prénoms—Christian Names)

Matricule D-62944
Regimental Number

APTITUDES
Qualifications

QUALITÉS ÉDUCATIONNELLES
Educational qualifications

Militaires Pte.
Military

Professionnelles ou commerciales
Business or Professional

Civiles ou de métier Journalier
Trade or Civil

Techniques
Technical

Langues Français
Languages

Académies 8 ieme Graduation
High School Stewart Montreal Que. ou (or)
or Collegiate (années complétées—years completed) Immatriculation
Matriculation (Spécifier—Specify)

*Collège

*Université
University

*(Mentionnez le nom de l'institution, les années ou cours complétés et les diplômes obtenus)
(Name of institution, courses or years completed, and degrees obtained to be shown)


Toutes les recrues enrôlées le seront comme simples soldats, la nomination ou la promotion à un grade supérieur devant être indiquée dans l'espace ci-dessous prévu à cette fin
All enlisted personnel will be taken on as Private soldiers, appointments and promotions to higher rank to be shown as provided in the space below.

RAPPORT REPORT		État des promotions, rétrogradations, mutations et permutations, maladies ou blessures rapports, etc., à compter de la date de son enrôlement dans les troupes de campagne Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc. from date taken on strength of Field Force	Grade indiqué Rank shown	Prenant date le Effective date	Unité Unit	Endroit Place	Autorisation Authority	
Date	Reçu de From whom received						N° Partie II, Ordres du jour. Liste des morts et blessés, etc. Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Daté le Dated
19/7/40	R.de O	Affecté lors de son enrôlement } Joined on enlistment } Regiment de Chateauguay	Pte.	19/7/40	R.de O.	Montreal, Que.		
31-8-40		SOS Regt'1 Depot FMR to Dist Depot	"	31-8-40	FMR --	"	D. O. 132	31-8-40
1-9-40		TOS 4 Dist Depot CASF	"	1-9-40	4DD	"	4DD Pt 11 220	
5-10-40	"	Awarded 168 hrs. Detention for "Conduct to the Pre-" Judice of good order and Military Military Discipline. Forfeits a total of 7 days pay under F.R.& I.	"		"	"	" " 251	4-10-40
21-11-40	4DD	Attached for all purposes to C.I.R.T.C. Valcartier Que Pte	"	20-11-40	"	"	" " 292	21-11-40
21 Nov 40	"	Transf at his own request to F.M.R.	"	20 Nov 40	"	"	" " 292	21 Nov 40
22.11.40	F.M.R.	T.O.S. C.I.R.T.C for all purposes	"	21.11.40	C.I.R.T.C	Valcartier	PTII D.O. 283	22.11.40

Pour les entrées supplémentaires, se servir de M.F.M. 1 et 2 (a) (Fr.)
For additional entries use M.F.M. 1 and 2 (a) (Fr.)

RECEVEZ-VOUS OU AVEZ-VOUS
DÉJÀ REÇU UNE PENSION OU
UNE COMPENSATION POUR IN-
VALIDITÉ. SI OUI, DONNEZ DÉ-
TAILS.....

1. 4
a. 1
b. 1
c. 1
d. 1
e. 1
f. 1
g. 1
h. 1
i. 1
Obs
Exam
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
9.
10.
et il
aux
de l
10.
9.
8.
7.
6.
5.
4.
3.
2.
1.
Obs
Spec
Pres

39-A-521


MEDICAL HISTORY OF AN INVALID

INSTRUCTIONS TO MEDICAL OFFICERS

1. In using this Form, Medical Officers will be guided by instructions issued at N.D.H.Q.
2. This Form will be used for all ranks, at home and abroad, when change in Category or discharge from His Majesty's Forces is contemplated.
3. All sections must be answered in full.
4. A definite diagnosis of all diseases or injuries recorded must be made, and the "Standard Morbidity Code for Canada" must be followed.
5. The Medical Officer in charge of the case is responsible for the completion of pages 1, 2 and 3. The President and Members of the Medical Board are responsible for the completion of page 4.

STATION Quebec DATE 26-2-41

1. (a) Unit C.I.(R)T.C. (b) Regimental No. 62944 (c) Rank Pte
 (d) Surname AUBE (e) Christian names Raoul
(Use block letters)
 (f) Home address 2037 Visitation, Montreal, P.Q.
 (g) Next of Kin Mrs. R. Aube (h) Relationship Mother
 (i) Address of Next of Kin 2037, Visitation, Montreal, P.Q.

2. Age last birthday 34 Date of birth 20 June 1906

3. Enlistment, or Appointment: (a) Place Montreal (b) Date 19 July 1940
 (c) Category on enlistment A (d) If lower than A on enlistment, give reason

4. Personal description: (a) Height 5' 3" (b) Weight 130
 (c) Complexion clear (d) Colour of hair Brown (e) Colour of eyes Brown
 (f) Identification marks, scars, etc. Tattoo both arms

5. Former civilian trade, profession or occupation Labourer

6. Service (The information should be secured from personal Military documents if available. If not, a statement from the member of the forces may be taken, and note made to that effect.)

(a) Length of service. Years..... Days.....

(b) Periods of service:

	From	To
Former Wars.....		
War 1939—Canada.....	<u>19 July 1940</u>	<u>date</u>
Abroad.....		
Canada on return from abroad.....		

7. Diseases or injuries with Code Nos a) Malformation of both tibia
(To be filled in when examination has been completed) 2) Bronchitis chronic.

(a) Dates of origin 1 & 2 Unknown

(b) Places of origin 1 & 2 Unknown

(c) Causes 1) Rickets 2) Infection

8. Present Condition—(a) Subjective.....
(In the individual's own words)

(1) Unability to march without fatigue.....

(2) Chronic cough and expectoration.....

(b) Objective (Before completing this section, the member of the forces should be stripped and subjected to a thorough physical examination. All defects, no matter how trivial, should be recorded. Specialists' reports will be obtained when necessary to ensure a definite diagnosis.)

(1) & (2) See specialist report attached.....

9. History (This section should contain a detailed history of the origin of all diseases and injuries described in Section 8. Date and place of treatment should be recorded, and if pre-enlistment in origin, the name and address of the attending Physician or institution, if available, should be included. Special care should be taken as to history in respect of injuries incurred during service. Copies of Medical Case Sheets, D.P. & N.H. Forms 100, and Consultant opinions should be attached.)

V.D.S.? Treated in St-Luc Hospital, Montreal.

10. Were the diseases or injuries caused or aggravated:

(a) By intemperance or improper conduct: or (b) by unreasonable refusal to accept treatment?

a) No b) No

11. What is the probable duration of the diseases or injuries?

Permanent

12. Is further treatment in hospital, convalescent home, etc., likely to be of material benefit?

(If the answer is "yes" state nature of treatment required and probable duration)

No

13. Can the former civilian trade, profession or occupation be resumed? Yes

(If not, briefly state why)

14. Recommendations S.M.B. for Category.

(This section should contain only the M.O's recommendation as to treatment, convalescence, or reference to Medical Board for categorization)

Lucien Robit
Medical Officer by whom the case is brought forward.

STATEMENT OF THE INVALID

(Sections 8 (a) and 9 are to be read to the member of the forces and either "satisfied" or "not satisfied" struck out.)

I, the undersigned Raoul AUBE having heard the contents of Sections 8 (a) and 9 read, am satisfied (or not satisfied) with it. (If dissatisfied, statement should follow.)

I complain in addition of Nil

CA

Raoul Aube Rank
Signature of member of the Forces.

OPINION OF THE MEDICAL BOARD

15. Does the Board concur with the preceding report? If not, give differing opinions with reasons.....

In view of attached report of X-Ray we are of the opinion that this man should be referred to D.P. & N.H. for observation and treatment.

indicated as per D.G.M.S. letter No. 5 & 19

16. It is certified that the invalid,—

(a) Does require treatment (give nature of treatment required and probable duration.)

Yes, under D.P. & N.H.

(b) Does not require treatment

Categories hereunder are defined for information only.

(1) NAVY—

- A. General service.
D. Temporarily unfit.
E. Unfit for Category A.

(2) ARMY—

- B1) General service
B2) Service abroad (non general service)
C1) Home service (Canada only)
C2) Temporary unfit
E. Unfit for A, B, C. "E"

(3) R.C.A.F.—

- A1B Fit for full flying and ground duties anywhere and under any conditions.
A1HBH Fit for full flying and ground duties in Canada.
A2B Fit for limited flying duties and all ground duties anywhere and under any conditions.
A2HBH Fit for limited flying duties and all ground duties in Canada.
A3B Air Crew (other than pilots) fit for their full flying duties and full ground duties anywhere and under any conditions.
A3HBH Ditto but Canada only.
A4B Fit for passenger flying and full ground duties anywhere and under any conditions.
A4HBH Ditto but Canada only.
ATB Unfit for flying temporarily but fit for full ground duties anywhere.
ATBH Unfit for flying temporarily but fit for full ground duties in Canada.
ATBT Temporarily unfit for any form of duty.
APB Permanently unfit for flying, fit for ground duties anywhere.
APBH Ditto but only in Canada.
APBP Unfit for any form of duty.

17. Recommendations of the Medical Board as to category, treatment or convalescence.

Category..Cat.. E. Chronic Bronchitis & malformation of tibia

Place...Quebec,

Date...26-2-41

James Stevenson, Lt. Col. President.

Sylvio Leblond, Major
Lorenzo Bartel, Captain Members.

TO BE COMPLETED WHEN TREATMENT IS REFUSED

I, the undersigned understand the nature of the treatment recommended, and I refuse to accept it, for the following reasons.

Witness Signed (Should the refusal appear unreasonable, or should he decline to sign the statement, the Board of Officers should so state.)

Place President.

Date Members.

APPROVED BY CHS. L. KIROUAC, CAPT. C.A.S.F. D.M.O. or P.M.O.

APPROVED BY D.G.M.S. or D.M.S., R.C.A.F. 14441

Date

FORMULE D'ANTÉCÉDENTS PROFESSIONNELS

LA PRÉSENTE FORMULE DOIT ÊTRE REMPLIE POUR CHAQUE MEMBRE DES FORCES ARMÉES. LES RENSEIGNEMENTS DEMANDÉS SONT DESTINÉS À L'USAGE DU COMITÉ CONSULTATIF GÉNÉRAL DE DÉMOBILISATION ET DE RÉTABLISSEMENT, INSTITUÉ PAR LE GOUVERNEMENT CANADIEN POUR ÉTUDIER DES PLANS DE RÉTABLISSEMENT DANS LA VIE INDUSTRIELLE DES MEMBRES DES FORCES ARMÉES APRÈS LEUR LICENCIEMENT. L'EXACTITUDE ET L'INTÉGRALITÉ DES RÉPONSES SERONT TRÈS UTILES AU COMITÉ.

PRIÈRE DE LIRE ATTENTIVEMENT LES INSTRUCTIONS AU VERSO DE LA COUVERTURE DU FORMULAIRE AVANT DE REMPLIR LA FORMULE

Partie A—RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

LAISSEZ
EN BLANC

1. (a) Nom et prénoms (lettres moulées) AUBE Raoul (b) N° matricule D-62944
2. (a) Arme Military (b) Unité Les Fusiliers Mt-Royal (c) Rang Private
3. (a) Date de naissance 20-6-1906 (b) Avez-vous des personnes à votre charge? No (c) Domicile au moment de l'enrôlement Montreal Que.
4. (a) Lieu d'enrôlement Montreal Que. (b) Date d'enrôlement 19th-7-40

Partie B—INSTRUCTION ET FORMATION

5. (a) Âge à la sortie définitive de l'école 16yrs (b) Fréquentiez-vous l'école ou le collège au moment de l'enrôlement? No.
6. Indiquez exactement où vous en étiez dans vos études à l'école publique, technique ou secondaire (par exemple—"école publique, 4 ans," "école secondaire, 2 ans," "immatriculation junior" ou "cours technique en imprimerie, 4 ans", etc.) 2yrs Public School
7. Si vous avez fréquenté une université, indiquez-en le nom ainsi que la classe atteinte ou le grade obtenu No.
8. (a) Êtes-vous déjà entré en apprentissage? No (b) Si oui, dans quel métier? Nil (c) Avez-vous complété votre apprentissage? Nil (d) Si vous ne l'avez pas complété, combien de temps y avez-vous passé? Nil
9. (a) Quelles langues parlez-vous couramment? French & English (b) Quelles langues lisez-vous facilement? French & English

Partie C—SITUATION AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

10. (a) Indiquez si vous étiez EN EMPLOI ou EN CHÔMAGE au moment de l'enrôlement. (Inscrivez simplement "En emploi" ou "En chômage", selon le cas; les détails sont demandés plus bas) Working (b) Au moment de l'enrôlement de quel syndicat ouvrier ou société professionnelle étiez-vous membre? No

Partie D—DÉTAILS CONCERNANT CEUX QUI CHÔMAIENT AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

LES QUESTIONS 11 À 17 NE S'APPLIQUENT QU'À CEUX DONT LA RÉPONSE À LA QUESTION 10 (a) INDIQUE QU'ILS ÉTAIENT EN CHÔMAGE

11. Aviez-vous déjà été employé assez régulièrement depuis votre sortie de l'école? N/A
12. (a) Si la réponse à (11) est "oui", indiquez exactement l'occupation ou le métier effectivement exercé N/A (b) Durée d'emploi dans cette occupation ou métier? N/A
13. Si la réponse à (11) est "non", indiquez exactement l'occupation ou le métier pour lequel vous vous estimez compétent N/A
14. Si vous avez été employé après votre sortie de l'école, indiquez quand vous avez travaillé assez régulièrement pour la dernière fois avant l'enrôlement N/A
15. Donnez des détails concernant votre dernier patron, le cas échéant: Nom N/A Adresse N/A
16. Genre d'affaires du patron (par exemple, "culture" ou "construction de bâtiments" ou "fabrique de chaussures" ou "fonderie de fonte" ou "magasin de détail", etc.) N/A
17. (a) Si vous travailliez à votre propre compte lors de votre dernier emploi, indiquez la nature et l'adresse de votre entreprise N/A (b) Quand l'avez-vous abandonnée? N/A

Partie E—DÉTAILS CONCERNANT CEUX QUI TRAVAILLAIENT AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

LES QUESTIONS 18 À 23 NE S'APPLIQUENT QU'À CEUX DONT LA RÉPONSE À LA QUESTION 10 (a) INDIQUE QU'ILS ÉTAIENT EN EMPLOI. VOUS ÊTES PRIÉ DE LIRE EN ENTIER CES QUESTIONS ET DE NE RÉPONDRE QU'À CELLES QUI S'APPLIQUENT À VOTRE CAS AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT

SI VOUS ÉTIEZ À L'EMPLOI D'UN PATRON AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT, PRIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 18 À 21

18. Nom du patron Relief Work, City of Montreal Que. Adresse Montreal Que.
19. Genre d'affaires du patron (par exemple, "culture" ou "construction de bâtiments" ou "fabrique de chaussures" ou "fonderies de fonte" ou "magasin de détail", etc.) Public work
20. (a) Genre précis de votre occupation Labor (b) Nombre d'années d'expérience dans ce travail pour le compte de tout patron 3yrs.
21. (a) Votre patron vous a-t-il formellement promis de vous reprendre à son service à votre licenciement? No (b) Votre patron a-t-il refusé de promettre de vous reprendre à son service à votre licenciement? No (c) Désirez-vous retourner à votre ancien emploi? No

SI VOUS TRAVAILLIEZ À VOTRE PROPRE COMPTE AU MOMENT DE L'ENRÔLEMENT, C'EST-À-DIRE, SI VOUS EXPLOITIEZ UNE FERME, UN MAGASIN, UNE AGENCE, OU SI VOUS EXERCIEZ UNE PROFESSION, OU SI VOUS ÉTIEZ ASSOCIÉ DANS L'UNE DE CES ENTREPRISES, PRIÈRE DE RÉPONDRE AUX QUESTIONS 22 ET 23

22. (a) Indiquez la nature du commerce ou la profession N/A (b) Où était-il situé? N/A
23. (a) Nombre d'années dans ce commerce? N/A (b) Avez-vous fait ou vous proposez-vous de faire des plans pour reprendre à votre licenciement votre commerce ou un commerce d'une nature semblable? N/A

Partie F—DÉTAILS DE L'EXPÉRIENCE EN AGRICULTURE

24. (a) Désirez-vous vous livrer à la culture de la terre après la guerre? No (b) Vous croyez-vous apte à exploiter une ferme? No (c) Si oui, dans quel genre de culture? Nil
25. (a) Êtes-vous né sur une ferme? No (b) Nombre d'années d'expérience effective dans la culture? None (c) Dans quelles provinces avez-vous acquis votre expérience? N/A

Partie G—DIVERS

26. Avez-vous pris des arrangements autres que ceux indiqués ci-dessus au sujet de votre rétablissement dans la vie civile après votre licenciement? No
27. Si oui, indiquez la nature de vos projets (par exemple, vous proposez-vous de reprendre vos études, ou vous a-t-on assuré une position, etc.) No
28. Indiquez toute préférence pour un certain emploi ou toute ambition que vous pourriez avoir, autres que celles indiquées ailleurs sur la présente formule Angus Shops, C.P.R. Montreal Que. Labor
29. At present are you working or not... Not working

DATE 6th May 1941. 194. SIGNATURE Raoul Aube

Record of Service of Aube Raoul (Name) D-62944

Active Militia Unit.....

Rank Pte Date of Rank.....

Highest rank for which qualified by examination.....
 Staff College.....
 Militia Staff Course.....
 Advanced Course.....

Languages..... Other military qualifications or special courses (specify).....

University or College Degrees.....

Civil Technical Training or qualifications (specify).....

Report		Record of Promotions, Reductions, Transfers, Casualties, Reports, etc., from date of appointment to Field Force	Rank Shown	Effective Date	Unit	Place	Authority	
Date	From whom received						Part II D.O. No. Cas. List, etc.	Dated
26-4-41	C.I.R.T.C.	Joined on appointment Cesse d'etre attache pour toutes fins sur transfert au D.D.#4 pour liberation R.O. 37(10)	Pte	15-4-41	F.M.R.	Valcartier	#101	26-4-41
5-MAY-41		A.W.L.FROM SAVARD HOSPITAL QUEBEC, QUE FROM 0001 HRS.10-APR-41	"	10-APR-41	4 DD.	MTL.SOUTH	4DD.PT.11 NO.105	6-MAY-41
5-MAY-41		TOS ON T.A.WHILE A.W.L.ON REPOSTING FROM C.I.(R)T.C. VALCARTIER, QUE.?PENDING DISPOSAL	"	16-APR-41	"	"	" " " 105	6-MAY-41
6MAY41	4DD	DISCHARGE AS " UNBEE TO MEET THE REQUIRED MILITARY PHYSICAL STANDARDS" UNDER THE PRO VISIONS OF R.O. 37 PARA 10 WITH EFFECT FROM 6-5-41. HAVING SERVED FOR SIX MONTHS HAD HAVING SHOWN HIMSELF TO BE PROVIDED WITH SATIS- FACTORY CIVILIAN CLOTHING IS CREDITED WITH \$ 35.00 UNDER THE PROVISIONS OF ART 187 (I) (A) F.R.&.I.	PTE	6-5-41	4DD	MONTREAL SOUTH	4DD.PT.II NO.106	6-5-41.

For additional entries use M.F.M. 1 and 2 (a)

No. D-6294 Name PTE AUBE R. Sqn., Battery, } Corps FMR "F WING" Date of enlistment } G.C. } Service or } M.F.M. 6
 or Company } (A.F.B. 142)
 Date of last entry in } No. and date } Period not reckoning towards } Sheet No. / Signature O.C. } Proficiency Pay } 500M-8-39 (193)
 Company Conduct Sheet } of last drunk } freedom from extra fine } Company, etc. } Character } H.Q. 1772-45-18

Place	Date of offence	Rank	Cases of drunkenness	OFFENCE	Names of Witnesses	Punishment awarded	Date of award or of order dispensing with trial	By whom awarded	Remarks
Motordrome	1-11-40	Pte.	1	DRUNKENESS- In that he at Motor-drome Barracks at 1400 hrs failed to appear on parade because he was found Drunk Nov. 1/40	Pte. Scott Sgt. Phasey	1st Offense Admonished	2-11-40	WK NELLES CAPT	
Motordrome	19-11-40	Pte		Conduct to the prejudice of good order & Military discipline:- Appeared unshaven at morning parade 19 - 11 - 40.	Maj. Dunbar Capt Brassard CSM Pilon	2 dys CB	19-11-40	WK. NELLES Capt	
Valcartier	14-12-40	PTE	2	Drunkenness-		\$5.00	17-12-40	Maj. Larue	
Valcartier	17-1-41	PTE	3	Drunkenness (D-114639	Cpl. Cardin Pte Pare A.)	\$16.00	17-1-41	Lt. Col. JE Pineault	
Valcartier	12-2-41	Pte		A.W.L from 0800 hrs 12-2-41 to 0800 hrs 18-2-41 total 1 day	Spl Decassiers	Admonished	18-2-41	Maj. Morille &	Forfeit 1 day's pay

(P.T.C.)

Place	Date of offence	Rank	Cases of drunkenness	OFFENCE	Names of Witnesses	Punishment awarded	Date of award or of order dispensing with trial	By whom awarded	Remarks
MONTREAL	29Apr	41	Pte. 4th	Offence of Drunkenness (2) AWL from 0730 hrs 28 Apr 41 until 0025 hrs 29 Apr 41 (16 hrs 55 mins)	Police Documentary	\$ 15.00 S/QMS. Howard	29 Apr 41	Cap. Renouf	1 days pay forfeiture F.R.&I.

CMK/VB

H.Q. 405-A-1326
- Meds -

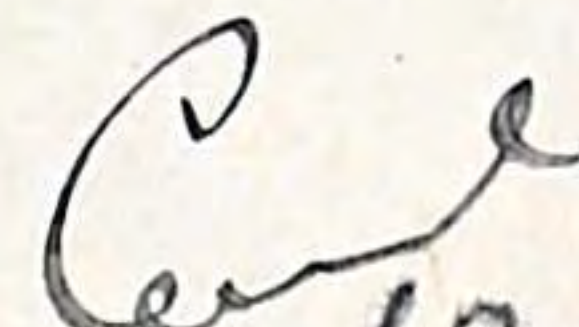
- A R M Y -

February 12th, 1941

District Medical Officer,
Military District No. 5,
QUEBEC, P.Q.

D.62944 Pte. AUBE, Raoul
R. de Chateauguay

1. Medical Board Proceedings dated January 27th, 1941, in reference to the marginally noted are returned herewith for further consideration.
2. The Board is recommending Category "C.2". In addition to the marked disability of both lower limbs, rales are reported in the right lung. He states that since he has been in the Army he cannot perform route march or physical training without suffering pains in the legs, and if the description of his disability as outlined in Section 9(a) is correct, his complaint would appear to be justified.
3. It is suggested in this case that an X-ray of chest be obtained and perhaps a Chest Specialist's report, and that the Medical Board again carefully consider the question of category.


(C.M. Keillor)
Major, R.C.A.M.C.,
for D.G.M.S.



CANADA

Department of National Defence

(ARMY)

H.Q. FILE NO. H.Q.405-A-1326
(D.R.)

G.A.

Ottawa, Canada,

May 13th, 1941.

Canadian Pension Commission,
Department of Pensions and National Health,
Daly Building,
Ottawa.

Re DISCHARGE, ACTIVE FORCE.

D 62944, Pte., AUBE, Raoul.
Les Fusiliers Mont-Royal, C.A. (A).

In accordance with R.O. 38,
para. 6, 1939, one copy of Medical Board Proceedings
(M.F.B. 227) referring to the marginally named
is forwarded herewith.

This man was discharged
with effect from 6/5/41 by reason of
being unable to meet the required military
physical standards.

Discharge documents are on
file in this office.

W. E. L. Coleman, Lt.-Colonel,
Officer i/c Records,
for Adjutant-General. *J.*



No. D.62944 Rank Private Name AUBE, Raoul

Unit Fusiliers Mont-Royal Date of death 8th July, 1941.

Died at Montreal, P.Q.

Cause Myocarditis, pulmonary tuberculosis.

Death was Due. CPC. d. 18-9-46 HQ 405-A-1326 d.

Mr. Joseph Demers Father-in-law

N/K Mrs. Philomene Aube Relationship Mother

Address 2037 Visitation St., Montreal, P.Q.

Remains buried in Cote des Neiges Cemetery

Montreal, P.Q.

Grave location Nec. 3258-41 10M-2-45 (M-4640)

CHK

See Ledger Sheet.

DEPARTMENT OF PENSIONS AND NATIONAL HEALTH
CANADA

This Form will be used for all cases entering hospital and also for class I outpatients, and will be kept during hospitalization on the patients chart board in the Ward Office.

All forms and reports must be handed to local Pension Examiner. Specially noting any new or changed diagnosis.

Report of all examinations including Specialists reports are to be rendered on this form. If further pages are required the fact must be noted, stating number of pages attached.

1. Hospital SAVARD PARK 2. Date of admission 13-3-41
3. Surname Aubé 4. Christian Name Raoul 5. Age 34
6. Birthplace Montreal, Que. 7. Next of kin Mrs. Philomene Aubé,
8. Address 2039 Visitation Street, Montreal, Que.
9. Regimental Numbers { C.A.S.F. D-62944 Pte 11. Unit { F.M.R.
C.E.F. 10. Rank {
Other {
12. Personal address 2039 Visitation Street, Montreal, Que. 13. Height 5'3" 14. Weight 133
15. Present pensionable disability
16. Amount per month
17. Other disabilities not pensionable
18. Dates of last or other hospital periods
19. Authority for hospitalization D.M.O., M.D.No.5 20. Class 19
21. Statement of present complaints in patients own language on admission to hospital
Sent here as T.B. case pending approval of Board
22. Date of discharge 23. Reason for discharge
24. Condition of Patient on discharge
INTERIM REPORT March 19th 1941
25. Is further treatment needed at home?
26. Final Diagnosis TUBERCULOSIS CHEST.
27. Disposal of case
28. Remarks, etc., dissatisfaction or complaints of patient or Medical Officer

[Handwritten Signature]

Signature of C.M.O.

Signature of Patient.

CONFIDENTIAL

Immediate history preceding this hospitalization. Present condition and clinical notes during hospitalization.

The M.O. will make a general physical examination and arrange for specialists examination. Originals of later reports will be kept on District files, but synopsis of their findings will be filled in below.

SENT HERE AS T. B. CASE PENDING APPROVAL OF BOARD.

INTERIM REPORT - March 19th 1941.

SPUTUM EXAMINATION (Performed by D r. Fiset)

BACTERIOLOGICAL EXAMINATION of sputum after homogenization and Ziehl-Nelson stain - alcohol^o acid fast bacilli having the morphology of Mycobacterium tuberculosis were found.

DIAGNOSIS: Tuberculosis of chest.

W. H. Murray M.D.
Medical Officer in Charge.

M. Joseph Demers
2037 rue Visitation,
Montreal, Que

Prière d'adresser toute communication subséquente
à ce sujet au:

DIRECTEUR DES SUCCESSIONS,
MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE,
OTTAWA, ONTARIO

et de citer le numéro suivant:

O.G. D 62944 (JAG/E)

MINISTÈRE DE LA DÉFENSE NATIONALE
DIVISION DES SUCCESSIONS
OTTAWA, ONTARIO

le 9 Janvier 1953 194

Afin de les consigner dans nos dossiers et au cas où il y aurait une succession
militaire à distribuer (conformément à la loi) au nom de feu

Succession militaire du soldat Raoul Aubé,

Matricule D 62944 de l'Armée canadienne

il est nécessaire que les renseignements voulus concernant le défunt et les membres
de sa famille soient fournis à la Division des successions. Vous êtes donc prié de lire
le memorandum ci-inclus avant de remplir les pages 2 et 3 de cette formule. Les
détails exigés doivent être inscrits comme il faut et la déclaration à la page 4 doit
être ensuite signée en présence d'un pasteur, prêtre, magistrat de la localité, com-
missaire instrumentaire, notaire public, ou officier de l'une quelconque des forces
de Sa Majesté, que l'on priera de compléter et signer le certificat. Cette formule doit
être ensuite renvoyée à l'adresse mentionnée ci-dessus.

Si l'espace destiné aux questions des pages 2 et 3 de cette formule n'est pas
suffisant pour donner tous les détails, il faudra alors se servir de l'espace réservé aux
"remarques supplémentaires", à la page 4.



E. F. Healey
pour Le directeur des successions,

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS APPLICABLES

ÉTAT des noms, âges et adresses, ou dates de décès, de tous les parents du défunt, à chacun des degrés spécifiés ci-dessous.

Degrés de parenté	PARENTS à signaler	TÉMOIGNAGE DU DÉCLARANT		
		NOM ET PRÉNOMS de tout parent de chacun des degrés mentionnés	Age	ADRESSE AU LONG de chaque parent survivant, en regard de son nom, et date du décès de tout parent décédé
1	Veuve du défunt.....	Belibataine		
2	Enfants du défunt et dates de naissance.....			
3	Père du défunt.....	Bomo Akubei Décédé		
4	Mère du défunt.....	Philomène Lesiège		
5	Frères du défunt	Frères germains	Pas de frere	
		Demi-frères		
6	Sœurs du défunt	Sœurs germaines	3 sœurs tous mariés	
		Demi-sœurs		
7	Noms des frères ou sœurs (germains ou non) du défunt, qui sont décédés, et date de décès de chacun d'eux	Noms et âges de leurs enfants (le cas échéant)	Adresse de leurs enfants	
		La plus jeune de 50 ans et les autres 2 ans en 2 ans plus âgées	Il y a des enfants tous les trois	

8	Nom e
9	Date o
10	Lieu e
11	Lieu e
12	Lieu o
13	Indiqu défu chac
14	Natur
15	Indiqu cas
16	Indiqu man
17	A-t-il nou
18	Si le d ou d il ex cont
19	Avait-post l'ad vou
20	Monta défu
21	Monta diqu que
22	Si le nom des bén
23	Décri mor besc
24	Après (a) po les (b) po Un éta form sign deta
25	Est-ce part ann par

RÉPONDRE AU LONG À TOUTES LES QUESTIONS SUR CETTE PAGE
DÉTAILS D'IDENTITÉ

8	Nom et prénoms du défunt.	Paul Chabé
9	Date de sa naissance.	Je ne sait pas
10	Lieu et date de son mariage.	Decede a 35 ans en 1906
11	Lieu et date du mariage de ses parents.	Pansoise Socie Boeur

DÉTAILS DE DOMICILE

12	Lieu où le défunt est né.	Socie Boeur Pansoise
13	Indiquer, par ordre, la province, l'état et/ou le comté où le défunt a résidé avant son engagement, et la durée dans chaque cas.	(a) (b) (c) (d) il residait chez moi
14	Nature de son emploi avant son enrôlement.	il ne travaillait point
15	Indiquer s'il était propriétaire de la maison où il demeurait. Le cas échéant, à quel endroit?	non
16	Indiquer le lieu où le défunt entendait vivre d'une façon permanente.	Chez moi

DÉTAILS DE LA SUCCESSION

17	A-t-il laissé un testament? Si vous en avez la garde, veuillez nous le transmettre.	il n'a pas fait de testament
18	Si le défunt était marié et domicilié dans la province de Québec ou dans un état des États-Unis d'Amérique ou dans un pays où il existe communauté de biens entre les époux, existait-il un contrat se rapportant à la propriété?	
19	Avait-il un compte d'épargne dans une banque, un bureau de poste ou autre institution? Le cas échéant, donner le nom et l'adresse de la banque, etc., et le montant déposé. Désirez-vous qu'il soit administré avec le compte de solde?	Omettre aucun compte d'épargne
20	Montant des certificats d'épargne de guerre que possédait le défunt. Indiquer l'endroit où ils se trouvent.	Omettre
21	Montant des bons de la victoire que possédait le défunt. Indiquer s'ils sont enregistrés ou payables au porteur, ainsi que l'endroit où ils se trouvent.	Omettre aucun bon de victoire
22	Si le défunt possédait des polices d'assurance-vie, donner les noms des compagnies et la somme payable en vertu de chacune des polices, ainsi que le nom de la personne qui y est nommée bénéficiaire.	Puente diella c'est moi qui payait les primes
23	Décrire les autres valeurs, le cas échéant, et en donner le montant approximatif. Se servir de l'espace à la page 4, au besoin.	Omettre 70000 quarts après sa mort

AUTRES DÉTAILS

24	Après son engagement, le défunt avait-il contracté des dettes: (a) pour ses propres logement et pension pendant qu'il était dans les forces armées. (b) pour habits et équipement militaires. Un état détaillé de chacun de ces comptes doit être annexé à cette formule et, s'ils sont exacts, veuillez y inscrire "approuvé" et signer votre nom. Si vous les croyez inexacts, donnez des détails.	Omettre il a toujours payé pension je l'ai eu avec moi 18 ans tout a été payé par moi 172.50
25	Est-ce que les frais funéraires ont été payés, entièrement ou en partie, par vous-même ou un autre parent? Le cas échéant, annexe des états détaillés indiquant les montants payés, et par qui.	

Le gouvernement paye les frais funéraires, jusqu'à concurrence de montants déterminés par les règlements, lorsque le militaire est décédé en service ou par suite de sa blessure ou de sa maladie en Amérique du Nord. Si un parent a déjà payé les frais funéraires, ceux-ci ne sont remboursés par le gouvernement jusqu'à concurrence des montants payés par les règlements. Cependant, si les frais excèdent ce montant, la différence ne sera pas payée par le gouvernement.

DÉCLARATION

*Insérez le degré de parenté, par exemple: "veuve", "père", "frère", etc.

Je, soussigné, déclare que tous les renseignements contenus dans cette formule sont exacts et constituent une liste fidèle et complète de tous les parents que le défunt ait jamais eus aux degrés signalés; et que je suis le/la* beau-père du défunt.

N.B.—A être signée au long en présence d'un pasteur, prêtre, magistrat de la localité, commissaire, notaire public ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté.

Joseph Demers

Signature du déclarant

2087 Visitation Montreal 23 Adresse

CERTIFICAT

Je, soussigné, certifie que, autant que je sache

Joseph Demers

Nom du déclarant

*Voir plus haut

est le beau-père du défunt ci-dessus décrit. La déclaration ci-dessus a été faite par le déclarant et signée en ma présence.

Daté à Sacré-Coeur ce 21ème jour de février 19 53

Signature du pasteur, prêtre, magistrat, commissaire, notaire public ou officier de l'une quelconque des forces de Sa Majesté.

Simon Vanier

Titre Prêtre vicaire

Adresse 2000 Maisonneuve - Montréal

REMARQUE.—Avant d'accorder le certificat qui précède, il faut veiller à ce que le déclarant donne des détails concernant le décès de tout parent qu'il déclare être décédé et que les nom et prénoms, ainsi que l'adresse et l'âge de chaque parent survivant visé soient inscrits à l'endroit voulu dans la déclaration qui est vis-à-vis.

(Si le défunt n'a aucun parent vivant des degrés signalés à la page 2, il faudrait donner ci-après les noms et adresses, et le degré de parenté, d'autres parents.)

SE SERVIR DE L'ESPACE CI-DESSOUS SI VOUS DÉSIREZ FAIRE DES REMARQUES SUPPLÉMENTAIRES.

Les remarques que j'ai à faire sont que j'ai gardé avec moi Raoul Dubé pendant dix huit ans jusqu'à l'engagement militaire et à sa décharge de l'armée étant très malade il a été placé à l'Hopital du Sacré Coeur d'Estimoteville il est décédé à bout de 22 jours et j'avais une police d'assurance Prudential de 700,00 piastres que j'ai retiré et j'ai payé tous les frais funéraires, voilà tout ce que j'ai reçu de lui pour les dix huit années que j'ai les eu à ma charge sans aucune aide de qui que ce soit.

Joseph Demers

1104
DETAILS SUR LA FAMILLE D'UN OFFICIER OU SOLDAT DE L'ARMÉE ACTIVE DU
CANADA, OU D'UN OFFICIER OU AVIATEUR DU CORPS D'AVIATION ROYAL
CANADIEN (RÉSERVE SPÉCIALE)

INSTRUCTIONS:

- (a) Cette formule doit être remplie dès qu'un officier ou un soldat est nommé ou enrôlé dans l'armée active du Canada ou qu'un officier ou aviateur est nommé ou enrôlé dans le Corps d'aviation royal canadien (Réserve spéciale).
- (b) Il faut répondre à toutes les questions, et donner tous les détails nécessaires.
- (c) Les deux exemplaires de la formule visant chaque officier, ou soldat ou aviateur doivent être envoyés par le commandant de l'unité au payeur ou à l'officier qui le remplace. Ce dernier enverra un exemplaire au Chef des Archives du quartier général de la Défense nationale, Ottawa, par l'intermédiaire du payeur du district, de la région ou du camp. L'autre exemplaire sera retenu par le payeur de l'unité. En cas de mutation, cet exemplaire sera transmis au payeur de la nouvelle unité où l'intéressé aura été versé.

- (1) Nom de l'officier, ou soldat, ou aviateur..... Aubé Raoul
(Nom et prénoms en entier et en lettres moulées)
- (2) Matricule et grade..... D-62944 Pte.
- (3) Unité..... Regiment de Cahteauguay
- (4) Êtes-vous marié?..... Non
- (5) Si oui, donnez
- (a) le nom entier de votre épouse..... N.A.
- (b) l'adresse postale actuelle de votre épouse..... N.A.
- (6) Si vous êtes marié, avez-vous toujours fait vivre votre épouse?..... Non
- Sinon, donnez-en les raisons..... N.A.
- (7) Êtes-vous veuf?..... Non
- (8) Avez-vous des enfants?..... Non
- Si oui, indiquez le nombre de garçons et de filles..... N.A.
- Donnez aussi leurs noms et leurs âges..... N.A.
- (9) Si une allocation familiale est réclamée pour les enfants, dites si vous avez pourvu régulièrement à leurs besoins..... Non

Donnez les détails quant au tuteur auquel l'allocation familiale doit être payée, si elle est autorisée.

Nom.....
Adresse postale.....

X-RAY FILMS ON FILE.
THESE MAY BE SECURED
DIRECT FROM X-RAY SECT.
RECORD OFFICE, N. D. H. Q.
(VOIR LE VERSO)

(10) Vivez-vous en union libre avec une femme — que vous avez constamment fait vivre et reconnue publiquement comme votre épouse pendant au moins deux ans à venir jusqu'à votre enrôlement?

Non

Dans l'affirmative, donnez son nom en entier et son adresse postale..... N.A.

(11) Est-ce que votre père vit encore?..... Non

Si oui, donnez son nom, son adresse et son emploi..... N.A.

(12) Si votre père est veuf et complètement incapable de gagner sa vie, êtes-vous son soutien unique ou partiel?..... Non

(13) Si vous êtes le soutien unique ou partiel de votre père qui est veuf et totalement incapable de gagner sa vie, dites quel montant par mois vous lui donniez avant de faire partie de l'A.A.C. ou du C.A.R.C. (Réserve spéciale)..... N.A.

Si vous subveniez partiellement à son entretien, dites aussi pourquoi il n'a pas d'autres moyens de subsistance et pourquoi vous n'assuriez pas entièrement son entretien?..... N.A.

(14) Est-ce que votre mère vit encore?..... Oui

Dans l'affirmative, donnez son nom et son adresse *Mme Aubé R. (Lesiege Philomene)* ~~2037~~ *2037* *Visitation Montreal, Que.*

(15) Si votre mère est veuve, êtes-vous son soutien unique ou partiel?..... Non

(16) Si vous êtes le soutien unique ou partiel de votre mère veuve, indiquez la somme mensuelle que vous lui donniez avant de faire partie de l'A.A.C. ou du C.A.R.C. (Réserve spéciale).

N.A.

Si vous subveniez partiellement à son entretien, dites aussi pourquoi elle n'a pas d'autres moyens de subsistance et pourquoi vous n'assuriez pas entièrement son entretien?..... N.A.

(17) Contribuez-vous à l'entretien de personnes à charge, autres que les susnommées?..... Non

Si oui, donnez les détails suivants: —

Degré de parenté..... N.A.

Nom en entier..... N.A.

Adresse postale..... N.A.

Montant de la contribution mensuelle au cours des six derniers mois..... N.A.

(18) Avez-vous des frères âgés de pas plus de 16 ans ou des sœurs âgées de pas plus de 17 ans dont vous assuriez entièrement l'entretien comme faisant partie réellement de votre maison avant votre nomination ou enrôlement?..... Non

(19) Êtes-vous assuré?..... Oui

Si oui, dites dans quelle compagnie?..... Prudential

(Indiquez le numéro de la police)

Avez-vous pris les dispositions nécessaires pour le paiement de votre prime d'assurance?

Oui..... Sinon, et s'il s'agit d'une prime mensuelle, vous pouvez déléguer le montant de cette prime en plus de toute autre délégation que vous désirez faire, pourvu que la délégation totale ne dépasse pas le montant mensuel maximum qui peut être délégué.

Je certifie par la présente que les renseignements par moi donnés sur cette formule sont exacts sous tous rapports.

Date..... 19 Juillet 1940

Paul Aubé
(Signature de l'officier, soldat, ou aviateur)

Date..... 19 Juillet 1940

Jac Baisial
Officier Commandant Depot Régimentaire

N.B. — Dans la présente formule l'expression père comprend un père adoptif et l'expression mère comprend une mère adoptive; toutefois, l'expression juste doit être, au besoin, substituée à celle de la formule.

VETERANS AFFAIRS
DEPARTMENT OF NATIONAL DEFENCE
NAVY ===== ARMY ===== AIR FORCE
STATEMENT OF WAR SERVICE GRATUITY

DECEASED

NAME Raoul AUBE
(CHRISTIAN NAMES) (SURNAME)
PAYEE: Director of Estates
ADDRESS

REGISTER NO. D.25248
FILE NO. 60-R
DATE 1-12-52
SERVICE NO. D.62944
FINAL RANK OR RATING Pte
DATE OF DISCHARGE 6-5-41

DATE OF TERMINATION OF OVERSEAS SERVICE -		DATE OF DISCHARGE 6-5-41
A. TOTAL QUALIFYING SERVICE		\$ 67.50
NO. OF DAYS 282 EQUAL TO 9 COMPLETE PERIODS AT \$7.50		
B. QUALIFYING OVERSEAS SERVICE		
NO OF DAYS LESS INELIGIBLE DAYS, EQUAL TO DAYS @ 25c. PER DAY SEE PAR. 2 OVERLEAF FOR EXPLANATION		
SUB TOTAL		
C. SUPPLEMENT FOR OVERSEAS SERVICE		
DAILY RATES AT DISCHARGE		
PAY	\$	
SUBSISTENCE OR LODGING AND PROVISION ALLOWANCE	\$	
ADDITIONAL PAY	\$	
	\$	
	\$	
DEPENDENTS' ALLOWANCE 1/30 OF \$	\$	
TOTAL	\$	X7 = \$
NO. OF DAYS 183		X\$
D. WAR SERVICE GRATUITY		67.50
E. DEDUCTIONS		
OVERPAYMENT OF PAY AND ALLOWANCES \$		
	DEPENDENT'S ALLOWANCE AND ASSIGNED PAY \$	
OTHER DEDUCTIONS	\$	
F. AMOUNT PAYABLE		67.50
025X-017964 10/12/52 (THIS AMOUNT IS PAYABLE IN 1 MONTHLY INSTALMENTS OF \$ 67.50 EACH)		



THE WAR SERVICE GRANTS ACT, 1944, PROVIDES FOR YOUR RE-ESTABLISHMENT CREDIT IN THE AMOUNT SHOWN IN SUB TOTAL OF A. & B. THIS CREDIT IS AVAILABLE TO YOU IN CERTAIN CIRCUMSTANCES. INQUIRY IN THIS CONNECTION SHOULD BE DIRECTED TO THE DEPARTMENT OF VETERANS' AFFAIRS.

SEE REVERSE SIDE
FOR EXPLANATION
OF ITEMS A, B & C

G. MONTHLY INSTALMENT NOT TO EXCEED DAILY RATE OF PAY AND ALLOWANCES \$ X30 \$

CERTIFICATE I CERTIFY THAT THE AMOUNT HAS BEEN CORRECTLY COMPUTED AND IS PAYABLE IN ACCORDANCE WITH THE TERMS OF THE WAR SERVICE GRANTS ACT, 1944 AND THE REGULATIONS ISSUED THEREUNDER.

PREPARED BY HD
CHECKED BY HMD

TREASURY
CHECKED BY [Signature]
DATE 11/7/52

[Signature]
SERVICE REPRESENTATIVE

DISTRIBUTION OF SERVICE ESTATES

Estates Form "P. 4"

Name AUBE Raoul No. D 62944
Surname Christian Names

Pte Cdn Army PD
Rank Unit Date of Death

AMOUNT

Date 6 Mar 53 L.P.C. WSG\$ 67.50
 Other Credits.....
 Total..... 67.50

SHARE	RELATIONSHIP	NAME AND ADDRESS	AMOUNT
1/3	Sister	Mrs. E. Ouimet 6302 De Laroche St Montreal, Que	22.50
1/3	Sister	Mrs. E. Vezina 1837-E Moissonneuve St Montreal, Que	22.50
1/3	Sister	Mrs. O. Charbonneau 2410 Sheppard St Montreal, Que.	22.50
(as next of kin entitled)			

AUTHORITY					
H.Q. F.E. No.	VOTE	PRI	H.Q. SUB.	OBJ.	AMOUNT
2720 0000	347	02	30	777	67.50
CLASSIFIED BY <i>[Signature]</i>			EXAMINED BY For Chief Treasury Officer		

DISTRIBUTION APPROVED AND AUTHORIZED
951 *[Signature]*
 (E.F. Coughlin)
 for Director of Estates
(Lt. Col. Firth) Colonel
 Director of Estates
 AUDITED FOR PAYMENT