

**LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS/VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT EN LETTRES MOULÉES**

1. Nom légal de l'entreprise ou organisme (tel qu'enregistré):

Adresse civique:

Adresse postale:

Ville ou village:

Province:

Code postal:

Emplacement de l'entreprise:

Adresse du site web (le cas échéant):

Principale activité de l'entreprise ou de l'organisme:

2. Numéro d'employeur de l'Agence du revenu du Canada (le cas échéant):

RP

Tous les employeurs qui ont un numéro de paye DOIVENT le fournir.

Pour plus de renseignements sur la façon d'en faire la demande, téléphonez à l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-7775.

3. Est-ce que votre entreprise/organisme a déjà reçu du financement du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (EPFT)?

Oui  Non

4.  M. Nom de la personne-ressource:

Mme

Titre de la personne-ressource:

5. Langue officielle préférée pour recevoir votre correspondance?  Anglais  Français

Numéro de téléphone:

Numéro de télécopieur:

Numéro alternatif #1:

Numéro alternatif #2:

Adresse de courrier électronique (le cas échéant):

Type d'entreprise ou d'organisme: **Sélectionner un seulement**

Privé

Premières Nations

À but non lucratif\*

Si privé, veuillez indiquer lequel:

Propriétaire unique

Société en nom collectif

Incorporé

\*Les organismes à but non lucratif **doivent** fournir une lettre signée par un membre du conseil d'administration ayant pouvoir de signature. La lettre **doit** énoncer 1) quelle part de leurs ressources financières sera affectée aux coûts de formation (la contribution du requérant envers les coûts de formation admissibles) et 2) faire la preuve que leur contribution n'est pas uniquement de l'aide financière gouvernementale et/ou privée.

**6. Pour chaque catégorie ci-dessous, indiquez le nombre total d'employés travaillant pour votre entreprise / organisme au moment de la demande de subvention:**

**Total Description**

- À l'année, temps plein: 44 semaines ou plus par année et 30 heures ou plus par semaine.
- À l'année, temps partiel: 44 semaines ou plus par année et de 15 heures à moins de 30 heures par semaine.
- Saisonnier, temps plein: 43 semaines ou moins par année et 30 heures ou plus par semaine.
- Saisonnier, temps partiel: 43 semaines ou moins par année et de 15 heures à moins de 30 heures par semaine.

**7. Sélectionnez, parmi les choix suivants, celui qui décrit le mieux le fournisseur de formation:**

- Établissement d'enseignement postsecondaire    Entreprise privée    Syndicat    Coordonnateur de la formation
- Association de l'industrie    Autre   Si "Autre", précisez:

Nom du cours de formation:

Nom du fournisseur de formation:

Date de début de la formation:

Date de fin de la formation:

**8. Proposition de formation**

**La demande doit inclure une proposition de formation (et le programme) du fournisseur de formation qui comprend, au minimum, les informations suivantes:**

1. Fournisseur de formation et coordonnées;
2. Endroit de la formation;
3. Nom du programme de formation / cours:
  - a) Brève description du programme / cours (y compris l'impact que la formation aura sur les participants);
4. Après avoir réussi, s'il-vous-plaît fournir le nom de la certification / qualification / évaluation, le cas échéant;
5.
  - a) Durée de la formation: (heures, jours, semaines)
  - b) Date de début/Date de fin: (jj/mm/aaaa);
6. Mode d'enseignement: salle de classe, milieu de travail ou en ligne;
7. Coûts:
  - a) Droits de scolarité ou droits exigés par un fournisseur de formation (*peut inclure les coûts de déplacement et d'hébergement du **fournisseur de formation***)
  - b) Frais obligatoires pour les étudiants
  - c) Manuels et logiciels obligatoires
  - d) Autre matériel nécessaire(1)
  - e) Frais d'examen
  - f) Coût total

(1) « Autre matériel nécessaire » fait référence au matériel que le client **doit** avoir pour réussir avec succès la formation, comme il est mentionné par le fournisseur de formation.

**9. Nombre de participant(s) à la formation:**

	Nom de(s) participant(s) à la formation	Titre d'emploi	Employés potentiels*	Employés actuels
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Employé potentiel: Un individu qui nécessite de la formation afin d'obtenir un emploi au sein de l'entreprise/organisme postulant pour une subvention.

S'il y a plus de cinq participants, veuillez s'il vous plaît compléter l'Annexe.

**10. Information additionnelle requise** (Ajouter une page séparée si de l'espace additionnel est requis)

Veuillez, s'il vous plait, démontrer comment la formation est nécessaire pour le(s) employé(s) ou employé(s) potentiel(s) assistant à la formation.

Est-ce que l'entreprise/organisme recevra d'autre aide financière du gouvernement provincial ou fédéral ou du secteur privé pour cette formation?

Oui  Non  À déterminer

Si oui, veuillez, s'il vous plait, fournir une explication additionnelle:

Je confirme que:

- La formation n'est pas reliée à un renouvellement d'une certification ou d'un cours de remise à niveau.
- Le(s) participant(s) à la formation est autorisé à travailler au Canada.
- Le(s) participant(s) à la formation travaille ou travaillera au Nouveau-Brunswick de façon permanente (temps plein ou temps partiel ou saisonnier).
- Le(s) participant(s) à la formation n'est pas un étudiant à temps plein.
- Le(s) participant(s) à la formation ne déplace pas des employés permanents, mis à pieds ou qui sont en congé annuel, parental ou de maladie.

Autres commentaires:

Je certifie que les informations contenues dans cette demande sont exactes. La formation pour laquelle je demande une subvention comble les lacunes en matière de compétences en fonction des possibilités d'emploi actuelles ou futures et assure que les participants acquièrent les compétences nécessaires pour assurer, augmenter, améliorer ou maintenir la participation au marché du travail.(1). **Je certifie que j'ai lu, compris, signé et daté le formulaire de consentement ci-joint, et que je puisse garder une copie pour mes dossiers.**

Par votre signature, vous affirmez que votre statut est en règle avec la Direction des normes d'emploi du gouvernement du Nouveau-Brunswick. De plus, tout renseignement ayant trait à la présente demande ou à votre statut en ce qui concerne la Direction des normes d'emploi sera communiqué, si nécessaire, à la Direction des services d'emploi et d'apprentissage continu du ministère d'EPFT afin de déterminer votre admissibilité au programme. Si votre statut n'est pas en règle avec la Direction des normes d'emploi du gouvernement du Nouveau-Brunswick, prière de communiquer avec votre conseiller en programmes régional d'EPFT.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

<sup>[1]</sup> Par exemple, la formation est exigée comme préalable à l'embauche d'une personne ou est nécessaire à cause d'un changement technologique ou technique, de la redéfinition des tâches.

## CONSENTEMENT DU CLIENT

### Autorisation de divulguer

En vertu de la *Loi sur le développement de l'emploi*, L.R.N.-B. 2011, c. 148, le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère) recueille, obtient, utilise, divulgue et protège les renseignements que vous fournissez conformément à l'alinéa 46(1)a) de la *Loi sur le droit à l'information et la protection de la vie privée*, L.N.-B. 2009, c. R-10.6 (LDIPVP); au paragraphe 37(1) de la *Loi sur l'accès et la protection en matière de renseignements personnels sur la santé*, L.N.-B. 2009, c. P-7.05 (LAPRPS); et à la *Politique de gestion des documents et dossiers* du Ministère à des fins d'administration de programmes et de services.

### Consentement à la collecte, obtient et à l'utilisation des renseignements personnels

Je consens à ce que le Ministère, ses mandataires et ses fournisseurs de services recueillent seulement les renseignements personnels qui sont raisonnablement nécessaires et à ce qu'ils les utilisent aux fins suivantes :

- Établir et vérifier mon admissibilité ou ma participation au programme ou au service auquel je désire m'inscrire et recevoir;
- M'aider à réaliser mes objectifs ayant trait à un emploi, à une entreprise, à la formation ou au rattrapage scolaire, ce qui comprend le suivi de mon progrès et des évaluations avant ou après ma participation;
- Administrer les programmes et les services;
- Communiquer avec moi pendant une période maximale de sept (7) ans après ma participation au programme ou au service afin de suivre et d'évaluer ma situation d'emploi ou de formation.

Je consens à recevoir des messages textes, le cas échéant, sur mon cellulaire fourni dans la demande de participation. Je comprends que des tarifs standards ou plus élevés peuvent être appliqués.

### Consentement à la divulgation de renseignements personnels

Je comprends que, dans le but d'atteindre ces objectifs, il est possible que mes renseignements personnels doivent être communiqués. Je consens par la présente à ce que le Ministère, ses mandataires et ses fournisseurs de services externes divulguent mes renseignements, au besoin, à d'autres directions du Ministère, à d'autres ministères du gouvernement du Nouveau-Brunswick, à des ministères du gouvernement fédéral conformément à des ententes d'échange de renseignements, à des employeurs admissibles et à des chercheurs ou évaluateurs externes.

### Reconnaissance du droit d'annuler

Je comprends que je peux annuler par écrit mon consentement à tout moment et, ce faisant, je comprends que je ne pourrai plus participer au programme ou au service en raison de ses exigences administratives et des exigences fixées par les ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché du travail et conformément à la LDIPVP.

### Signatures

J'ai lu la présente dans son intégralité. Je comprends que tous les renseignements que je fournis doivent être exacts et que je dois aviser immédiatement le Ministère, ses mandataires et ses fournisseurs de services de tout changement. Je reconnais que la présente autorisation est valide pour la durée de ma participation aux programmes ou services et du suivi effectué tout au long de ma participation, ainsi que pour l'évaluation de ces programmes ou services tels qu'ils ont été établis par le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la formation et du Travail.

Si vous avez des questions sur la façon dont vos renseignements personnels sont recueillis ou utilisés, vous pouvez communiquer avec l'agent de programme/conseiller ou le conseiller en emploi du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail dans votre région. Vous trouverez en ligne une liste de tous les bureaux du développement de l'emploi du Ministère et leurs coordonnées à l'adresse suivante: [www.snb.ca/EPFTContact](http://www.snb.ca/EPFTContact)

_____ Nom du client ( <i>en lettres moulées</i> )	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du parent, tuteur ou curateur (le cas échéant) ( <i>en lettres moulées</i> )	_____ Signature	_____ Date
_____ Nom du représentant du ministère ou de l'organisme ( <i>en lettres moulées</i> )	_____ Signature	_____ Date

**ANNEXE**

**Nombre de participants à la formation:**

	<u>Nom des participants à la formation</u>	<u>Titre d'emploi</u>	Employés potentiels*	Employés actuels
6			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
27			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
28			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
29			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
30			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
31			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
32			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
33			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
34			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
35			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
36			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\*Employé potentiel: Un individu qui nécessite de la formation afin d'obtenir un emploi au sein de l'entreprise/organisme postulant pour une subvention.