

Demande reçue par
Compétences Î.-P.-É.

SUBVENTION CANADIENNE POUR L'EMPLOI

Formulaire de demande - employeur

A - RENSEIGNEMENTS DU DEMANDEUR		
NOM DE L'ENTREPRISE		N° DE DOSSIER (Réservé à l'administration)
DÉNOMINATION SOCIALE DU DEMANDEUR (si différente du nom)		
ADRESSE POSTALE		
LOCALITÉ/VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ()	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR ()	COURRIEL
LIEU DES ACTIVITÉS (si différent de l'adresse postale)		
NUMÉRO D'ENTREPRISE (Agence du revenu du Canada)		DATE DE CRÉATION DE L'ENTREPRISE
NUMÉRO DE TPS, DE TVH OU DE REMBOURSEMENT		POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT (s'il y a lieu)
PERSONNE-RESSOURCE		TITRE DE LA PERSONNE-RESSOURCE
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR	COURRIEL
PRODUIT OU SERVICE PRINCIPAL	NOMBRE D'EMPLOYÉS	SECTEUR
LANGUE DE PRÉFÉRENCE Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/>	TYPE D'ORGANISATION Privée <input type="checkbox"/> Association industrielle <input type="checkbox"/> Conseil sectoriel <input type="checkbox"/>	

B – SIGNATAIRES AUTORISÉS				
Combien de signatures sont nécessaires pour lier par une entente juridique l'organisation qui fait la demande?				NOMBRE
Combien de signatures doivent paraître sur une demande de remboursement?				NOMBRE
Veuillez fournir le titre et le nom des signataires en lettres moulées, ainsi que leurs signatures, dans le tableau ci-après, en précisant le type de transaction autorisée dans chaque cas. Veuillez en outre préciser la combinaison obligatoire de signatures pour ces transactions, s'il y a lieu.				
ENTENTES	DEMANDES DE REMBOURSEMENT	TITRE	NOM	SIGNATURE

C – ASSURANCE

Le demandeur possède-t-il une assurance de responsabilité civile?

 Oui Non Si oui, indiquer le numéro de police : _____

N° de l'entreprise et du compte d'Indemnisation des travailleurs (si le demandeur est inscrit) : _____

Taux par 100 \$ _____

D – EXPÉRIENCE ANTÉRIEURE AVEC LE GOUVERNEMENT

Veuillez décrire les ententes antérieures et actuelles que le demandeur a conclues avec le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard ou avec le gouvernement fédéral (s'il y a lieu).

E – SOMMES EN SOUFFRANCE DUES AU GOUVERNEMENT DE L'Î.-P.-É.

 Est-ce que le demandeur doit des sommes en souffrance au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard? Oui Non
 Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous.

SOMME EN SOUFFRANCE DUE	NATURE DE LA SOMME DUE (TAXES, TROP-PAYÉS, ETC.)	MINISTÈRE OU ORGANISME GOUVERNEMENTAL AUQUEL LA SOMME EST DUE

F – RENSEIGNEMENTS SUPPLÉMENTAIRES

 Un arrêt de travail ou un conflit de travail patronal-syndical est-il en cours? Oui Non

 Le syndicat adhère-t-il à la subvention (le cas échéant)? Oui Non

 La subvention occasionnera-t-elle le déplacement d'employés? Oui Non

 En raison de la subvention, est-ce que les participants du programme seront embauchés ou retenus par votre entreprise? Oui Non
G – DÉTAILS BUDGÉTAIRES

Coûts admissibles	Montants
Frais de scolarité/Frais de formation	
Cotisation étudiante	
Manuels scolaires, logiciels ou autres outils nécessaires	
Frais d'examen	

Contributions demandées	Contribution du demandeur/Autres contributions	Valeur totale du projet

H – DESCRIPTION DE LA FORMATION **En annexe, veuillez fournir les renseignements suivants :**

1. Est-ce que vous formulez une demande pour une autre organisation? (Si la réponse est oui, veuillez inscrire le nom et l'emplacement de l'entreprise ou des entreprises.)
2. Le nom et la description de la formation, y compris les objectifs à atteindre.
3. Le nom de l'établissement de formation, le nom du formateur et une estimation des coûts.
4. Comment la formation se déroulera-t-elle? (Indiquez l'emplacement.)
5. La date de début et de fin de la formation, y compris le nombre d'heures par semaine pour chaque participant.
6. Les noms des participants, ainsi que leur situation actuelle d'emploi et leur poste au sein d'une/votre entreprise (le cas échéant).
7. Est-ce que les participants sont : sans emploi <input type="checkbox"/> employés <input type="checkbox"/> sous-employés <input type="checkbox"/>
8. Quel est le poste prévu pour le ou les participants d'une/de votre entreprise à la suite de cette formation?
9. Si le ou les participants sont des employés en poste, est-ce qu'ils continueront de travailler durant la formation?

I - CONFIDENTIALITÉ

Les renseignements personnels fournis dans le présent formulaire sont recueillis en vertu de l'alinéa 31c) de la *Freedom of Information and Protection of Privacy Act* (loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée), R.S.P.E.I. 1988, ch. F-15.01, étant donné qu'ils sont directement liés et nécessaires à la prestation des programmes administrés dans le cadre de l'Entente sur le Fonds pour l'emploi entre le Canada et l'Î.-P.-É. Si vous avez des questions au sujet de la collecte de renseignements personnels, communiquez avec le gestionnaire du bureau de Compétences Î.-P.-É. le plus près ou téléphonez au 1-877-491-4766.

J – DÉCLARATION

J'atteste/Nous attestons que :

- le projet proposé ne commencera que lorsqu'une entente aura été conclue avec le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard, tel que représenté par le ministère de l'Innovation et des Études supérieures, et que la date de début de l'entente aura été fixée;
- j'ai/nous avons lu et compris l'information fournie dans la présente demande.

Je déclare/Nous déclarons que :

- les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts;
- si les renseignements décrits ci-dessus sont erronés ou trompeurs, il est possible que je doive/nous devions rembourser une partie ou la totalité de l'aide financière qui pourrait être approuvée par le ministère de l'Innovation et des Études supérieures et Compétences Î.-P.-É.;
- les renseignements fournis relativement aux sommes en souffrance dues au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard sont véridiques et exacts. Je reconnais/nous reconnaissons que les montants qui me/nous sont payables en vertu de toute future entente pourraient être déduits ou affectés en compensation de ces sommes dues au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard.

J'accepte/Nous acceptons que :

- les renseignements fournis dans la présente demande peuvent faire l'objet d'une demande de preuves en tout temps pendant la période visée par toute entente conclue en l'espèce.

J'autorise/Nous autorisons :

- le ministre de l'Innovation et des Études supérieures à divulguer tous les renseignements contenus dans la présente demande concernant une somme en souffrance due au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard aux fins de vérification du montant et de l'état de la dette;
- le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard à divulguer au ministre de l'Innovation et des Études supérieures tous les détails et les renseignements se rapportant à la dette, uniquement aux fins de l'administration de ma/notre dette en lien avec ma/notre déclaration.
- le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard à divulguer au gouvernement du Canada les renseignements suivants : le nom et les coordonnées de l'entreprise ou l'organisme qui bénéficie de la subvention, l'établissement de formation et le genre d'emploi pour lequel la formation est offerte.

Je comprends/Nous comprenons que certains renseignements personnels, recueillis grâce à ce formulaire, pourraient être divulgués au ministère fédéral de l'Emploi et du Développement social.

K – SIGNATURES			
NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées)	POSTE	SIGNATURE	DATE (AAAA/MM/JJ)
RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION			
Signature			Date