



Demande de service

Date :		Numéro d'assurance sociale :		
Nom de famille :	Prénom et initiales :		<input type="checkbox"/> Marié-e ou l'équivalent <input type="checkbox"/> Célibataire Je préfère ne pas préciser	
Courriel (adresse personnelle) :		Femme X (Préciser) : _____ Homme Je préfère ne pas préciser		
Adresse postale :		Moyen de communication préféré : <input type="checkbox"/> Courriel <input type="checkbox"/> Courrier ordinaire <input type="checkbox"/> Téléphone à domicile <input type="checkbox"/> Téléphone cellulaire		
Ville :	Province :	Code postal :	Nombre de personnes à charge : ____ Je préfère ne pas préciser	
Langue de préférence : Anglais Français		Date de naissance :	Téléphone à domicile : Téléphone cellulaire :	
Sélectionnez les domaines pour lesquels vous avez besoin d'aide : <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi/rédaction de CV <input type="checkbox"/> Formation de base des adultes ou achèvement de l'enseignement secondaire <input type="checkbox"/> Formation de courte durée (12 semaines ou moins) Date de début prévue : _____ Formation postsecondaire/axée sur des compétences Date de début prévue : _____ <input type="checkbox"/> Travail autonome <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle et prise de décision <input type="checkbox"/> AUTRE _____				Veillez remplir : 1. Recevez-vous actuellement des prestations d'AE? Si OUI , quand votre demande existante expire-t-elle? _____ Si NON , quand votre dernière demande a-t-elle expiré? _____ 2. Recevez-vous actuellement des prestations du soutien du revenu de la part du gouvernement provincial? Oui Non
Situation d'emploi Sans emploi (à la recherche d'un emploi) Employé : Heures par semaine approximatives : ____ Travail autonome Pas dans la population active (sans emploi et ne cherche pas d'emploi)				
Études (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) Niveau d'études inférieur au niveau secondaire Secondaire ou certificat d'équivalence du cours secondaire Diplôme ou certificat collégial <input type="checkbox"/> Certaines études postsecondaires <input type="checkbox"/> Diplôme ou certificat universitaire Grade universitaire <input type="checkbox"/> Autre _____				
Source d'aiguillage (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent) Employeurs <input type="checkbox"/> Organismes communautaires <input type="checkbox"/> Enfants, Aînés et Développement social Autres ministères gouvernementaux (veuillez préciser) Écoles Autoaiguillage Autre _____				
Demandez-vous un service parce que l'entreprise pour laquelle vous travaillez a fermé ou devrait fermer? Oui Non Si oui, quel est le nom de l'entreprise: _____				

Remarque: Votre consentement signé est nécessaire pour traiter votre demande de service.

Veuillez remplir le verso de cette page.



Consentement – Collecte, utilisation et communication de renseignements personnels

Collecte : les renseignements personnels fournis dans votre formulaire de demande de financement sont recueillis en vertu de l'**Access to Information and Protection of Privacy Act, 2015 (ATIPPA, 2015)**, de la **Loi sur l'assurance-emploi**, ainsi que de l'**Income and Employment Support Act et de son règlement d'application**, et ils ne serviront qu'à l'administration de la prestation ou du service faisant l'objet de votre demande ou à des fins compatibles aux termes de l'article 69 de l'**ATIPPA, 2015**.

Utilisation: les renseignements personnels recueillis ne seront utilisés et/ou communiqués que conformément à l'**ATIPPA, 2015**. Ces usages peuvent comprendre : déterminer les services appropriés aux besoins du client, déterminer l'admissibilité à des programmes et au financement, veiller au respect des modalités de l'entente de financement, gérer les cas, suivre l'évolution pendant la durée d'une entente, y compris l'évaluation post-financement des résultats, selon l'entente sur l'échange de renseignements conclue entre le gouvernement du Canada et celui de Terre-Neuve-et- Labrador, dont le financement provient du ministère de l'Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences, et fournir de l'information statistique aux organismes fournissant un soutien financier pour les services offerts.

Communication: les renseignements personnels fournis pourraient être communiqués à toute personne, tout organisme ou tout ministère gouvernemental, tel que le ministère de l'Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences ainsi que celui de la Santé et des Services communautaires, tout fournisseur de services ou tout établissement de formation qui gère la prestation, le programme ou le service. Ces renseignements peuvent comprendre : les coordonnées, le plan de recrutement, l'admissibilité aux prestations d'assurance-emploi, les notes, l'assiduité et la preuve des paiements faits à l'établissement de formation. Les renseignements personnels fournis peuvent aussi être échangés avec le gouvernement du Canada et l'Agence du revenu du Canada, en conformité avec les dispositions relatives à l'échange de renseignements énoncées dans les ententes conclues entre le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador et celui du Canada.

Access to Information and Protection of Privacy Act, 2015: les renseignements personnels sont protégés, aux termes du paragraphe 64(1) de l'**ATIPPA, 2015**; vous avez un droit d'accès à vos renseignements personnels protégés, conformément au paragraphe 8(1); vous avez également le droit de demander qu'une correction soit apportée à vos renseignements personnels protégés, conformément au paragraphe 10(1), en cas d'erreur ou d'omission. Vous avez le droit de retirer le présent consentement en tout temps, en communiquant avec le ministère de l'Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences.

Si vous avez des questions au sujet de la manière dont vos renseignements personnels sont recueillis ou utilisés, vous pouvez communiquer avec le coordonnateur de l'ATIPP du ministère de l'Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences. Vous trouverez une liste des coordonnateurs ministériels ainsi que de leurs coordonnées [ici](#) (en anglais seulement).

Consentement du client: Je, (nom en caractères d'imprimerie) _____ reconnais que j'ai lu et compris l'information ci-dessus concernant la collecte, l'usage et la communication de mes renseignements personnels.

Consentement du parent, tuteur ou curateur: Je, (nom en caractères d'imprimerie) (parent, tuteur ou curateur) reconnais que j'ai lu et compris l'information ci-dessus concernant la collecte, l'usage et la communication des renseignements concernant la personne à ma charge. Inscrire le nom de la personne à charge en caractères d'imprimerie : _____

Remarque : Le consentement ci-dessus doit être rempli par un parent, tuteur ou curateur si le client a moins de 18 ans.

(Signature du client)

Signature de parent, tuteur ou curateur

Date (jj/mm/aaaa)

Date (jj/mm/aaaa)



LISTE DE VÉRIFICATION

Assurez-vous que toutes les sections du formulaire de demande de service ont été remplies

Assurez-vous que votre nom a été imprimé dans le formulaire de consentement ci-dessus et que vous avez signé et daté le formulaire.

Assurez-vous que le formulaire de consentement comporte le nom du conjoint ou de la conjointe, les signatures et les dates, le cas échéant.

Les formulaires remplis peuvent être renvoyés au Ministère par courriel à :

employmentprograms@gov.nl.ca