



Demande organisationnelle dans le cadre d'Î.-P.-É. au travail Communauté de Stage

SECTION A – RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR

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

utilisation de bureau
seulement

| | | |
|---|--|--|
| NOM DU DEMANDEUR (nom de l'entreprise) | | NUMÉRO DE DOSSIER (à usage interne seulement) |
| RAISON 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 |
| N° DE TPS, TVH OU REMBOURSEMENT | | POURCENTAGE DE REMBOURSEMENT (le cas échéant) |
| NOM DE LA PERSONNE-RESSOURCE | | TITRE DE LA PERSONNE-RESSOURCE |
| NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () - | NUMÉRO DE TÉLÉCOPIEUR () - | COURRIEL |
| PRODUIT OU SERVICE PRINCIPAL | NOMBRE D'EMPLOYÉS | SECTEUR |
| LANGUE DE SERVICE SOUHAITÉE Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> | TYPE D'ORGANISATION Privée <input type="checkbox"/> Sans but lucratif <input type="checkbox"/> Organisation publique <input type="checkbox"/> | |

| | |
|--|---|
| Y a-t-il des employés qui ont été mis à pied ou qui attendent un avis de rappel? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| La subvention occasionnera-t-elle le déplacement d'employés? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Un arrêt de travail ou un conflit de travail patronal-syndical est-il en cours? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Le syndicat adhère-t-il à la subvention (s'il y a lieu)? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |
| Les personnes engagées ont-elles véritablement des chances de demeurer à votre emploi au sein de la main d'œuvre régulière une fois que la subvention aura pris fin? | Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> |

Nom des signataires autorisés

Ententes : Combien de signatures (selon les lettres patentes ou autres actes constitutifs) sont nécessaires pour lier par une entente juridique l'organisation qui fait la demande? _____

Demandes de remboursement : Combien de signatures doivent paraître sur les demandes de remboursement ou rapports soumis à Compétences Î.-P.-É.? _____

Veillez fournir le titre ou poste et le nom du signataire en lettres moulées, ainsi que sa signature, dans le tableau ci-après, en précisant le type de transactions autorisées dans chaque cas. Veuillez en outre préciser la combinaison de signatures obligatoire pour ces transactions, le cas échéant.

| | | Titre ou poste | Nom | Signature |
|--|---------|----------------|-----|-----------|
| | Entente | Entente | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Quel type d'assurance-accidents offrez-vous à vos employés? (cochez la case qui s'applique)

s.o. Aucune Assurance privée (veuillez préciser) → _____

Avez-vous une assurance-responsabilité?

Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez en préciser le Numéro de la politique → _____

Indemnisation des travailleurs (si l'entreprise est inscrite)

Taux (par 100 \$) → _____

Numéro de l'entreprise _____ Numéro de compte _____

SECTION B – HISTORIQUE AUPRÈS DU GOUVERNEMENT DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD OU DE RESSOURCES HUMAINES ET DÉVELOPPEMENT DES COMPÉTENCES CANADA

Veuillez décrire les ententes antérieures que vous avez prises avec le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard ou Ressources humaines et Développement des compétences Canada (le cas échéant).

SECTION C – DESCRIPTION DE L'EMPLOI ET BUDGET

| Nombre de participants | Durée de l'activité (en semaines) | De : (AAAA-MM-JJ) | À : (AAAA-MM-JJ) |
|------------------------|-----------------------------------|-------------------|------------------|
| | | | |

Description de l'emploi : Veuillez fournir les renseignements suivants au sujet de chaque employé qui sera embauché ci-dessous ou sur une pièce jointe à la présente demande.

- Nom et numéro d'assurance sociale des travailleurs sans emploi qui seront embauchés
- Taux de rémunération et heures par semaine
- Titre de l'emploi et description détaillée des tâches
- Durée de l'emploi et résultats attendus

Description de l'emploi

Nom de l'employé : _____ Numéro d'assurance sociale (NAS) : _____

Taux horaire : _____ Nombre d'heures par semaine : _____

Titre du poste : _____ Numéro de téléphone: _____

Description de l'emploi : Veuillez fournir une liste détaillée des activités liées à l'emploi auxquelles



l'employé ci-dessus participera au cours de la période subventionnée par *Î.-P.-É. au travail*. Cette liste doit présenter la répartition de la période de formation par semaine.

Exemple : Semaines 1 et 2 – L'employé assiste à une séance d'orientation au sein de l'organisation. On y précise entre autres les politiques et procédures applicables et la structure organisationnelle, en plus de présenter tout le personnel.

Semaine(s) _____ :

Semaine(s) _____ :

Semaine(s) _____ :

Semaine(s) _____ :

Semaine(s) _____ :

Choisissez l'une des options suivantes pour préciser la durée de l'emploi ou le type d'emploi à la fin de la période subventionnée par *Î.-P.-É. au travail* :

- Temps plein Saisonnier Fin de l'emploi
 Temps partiel Contractuel Autre (veuillez préciser) : _____

Veuillez indiquer les résultats attendus pour l'employé pour l'emploi occupé :

Budget

| Article | Montant demandé à Compétences Î.-P.-É. | Contribution du demandeur ou autre | Coût total |
|---|--|------------------------------------|------------|
| Salaire du participant | \$ | \$ | \$ |
| Charges sociales de l'employeur (CSE) pour le participant | \$ | \$ | \$ |
| Autres coûts liés au participant dans le cadre du projet | \$ | \$ | \$ |
| Coûts totaux | \$ | \$ | \$ |

SECTION D – DÉCLARATION SOMMES DUES AU GOUVERNEMENT DE L'ÎLE-DU-PRINCE-ÉDOUARD

Est-ce que vous, le demandeur, devez des sommes en souffrance au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard? Oui Non

Dans l'affirmative, veuillez en faire le détail :

| Sommes dues en souffrance | Nature de la somme due en souffrance (impôts, pénalités, trop-payés, etc.) | Ministère ou organisme gouvernemental auquel la somme en souffrance est due |
|---------------------------|--|---|
| \$ | | |
| \$ | | |
| \$ | | |

SECTION E – PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Les renseignements personnels apparaissant sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'article 31 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, Cap. F-15.01, en raison de leur lien direct avec *Î.-P.-É. au travail* Communauté de Stage et parce qu'ils sont nécessaires à la prestation du programme. Pour toute question concernant la collecte de cette information, veuillez vous adresser au gestionnaire aux bureaux de Compétences Î.-P.-É. les plus proches ou téléphoner au 1-877-491-4766.

SECTION F – DÉCLARATION

Déclaration :

J'atteste/nous attestons que :

- a) aucun des participants proposés ne travaille pour l'entreprise. L'embauche de ces participants ne débutera que lorsqu'on aura établi une entente 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;
- b) j'ai/nous avons lu et compris les renseignements fournis dans la présente trousse de demande.

Je déclare/nous déclarons que :

- a) les renseignements que j'ai/nous avons fournis dans la présente demande sont exacts;
- b) si les renseignements décrits ci-dessus sont erronés ou trompeurs, il est possible qu'on me/nous demande de rembourser une partie ou la totalité de l'aide financière qui pourrait être approuvée par le ministère;
- c) les renseignements fournis relativement aux sommes dues en souffrance 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 :

- a) les renseignements fournis dans la présente demande puissent 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 :

- a) le ministre de l'Innovation et des Études supérieures à divulguer tous les renseignements contenus dans cette demande concernant un montant en souffrance dû au gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard aux fins de la vérification du montant et de l'état de la dette;
- b) le gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard à divulguer au ministre tous les détails et les renseignements se rapportant à la dette, uniquement aux fins de l'administration de ma/notre demande en lien avec ma/notre déclaration.

| | | | |
|---------------------------------------|-------|-----------|-------------------|
| NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées) | POSTE | SIGNATURE | DATE (AAAA-MM-JJ) |
| NOM DU DEMANDEUR (en lettres moulées) | POSTE | SIGNATURE | DATE (AAAA-MM-JJ) |

À usage interne seulement

| | |
|-------------------|-----------|
| DATE (AAAA-MM-JJ) | SIGNATURE |
|-------------------|-----------|