



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 employé 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.

Ententes	Demandes de remboursement	Titre ou poste	Nom	Signature

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

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