

Demande de service

Date : jj / mm / aaaa		Numéro d'assurance sociale :	
Nom de famille :		Prénom et initiales :	
		<input type="checkbox"/> Marié-e ou l'équivalent <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser	
Courriel (adresse personnelle):		<input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> X (Préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> 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 : _____ <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser
Langue de préférence : <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Date de naissance : jj / mm / aaaa	
		Téléphone à domicile : _____	
		Téléphone cellulaire : _____	
Sélectionnez les domaines pour lesquels vous avez besoin d'aide :		Veuillez remplir :	
<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) <i>Date de début prévue : _____</i> <input type="checkbox"/> Formation postsecondaire/axée sur des compétences <i>Date de début prévue : _____</i> <input type="checkbox"/> Travail autonome <input type="checkbox"/> Orientation professionnelle et prise de décision <input type="checkbox"/> AUTRE _____		1. Recevez-vous actuellement des prestations d'AE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non 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? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Situation d'emploi			
<input type="checkbox"/> Sans emploi (à la recherche d'un emploi) <input type="checkbox"/> Travail autonome		<input type="checkbox"/> Employé : Heures par semaine approximatives : _____ <input type="checkbox"/> Pas dans la population active (sans emploi et ne cherche pas d'emploi)	
Études (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
<input type="checkbox"/> Niveau d'études inférieur au niveau secondaire <input type="checkbox"/> Diplôme ou certificat collégial <input type="checkbox"/> Grade universitaire		<input type="checkbox"/> Secondaire ou certificat d'équivalence du cours secondaire <input type="checkbox"/> Certaines études postsecondaires <input type="checkbox"/> Autre _____	
Diplôme ou certificat universitaire			
Source d'aiguillage (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent)			
<input type="checkbox"/> Employeurs <input type="checkbox"/> Autres ministères gouvernementaux (veuillez préciser)		<input type="checkbox"/> Organismes communautaires <input type="checkbox"/> Écoles <input type="checkbox"/> Enfants, Aînés et Développement social <input type="checkbox"/> Autoaiguillage	
Demandez-vous un service parce que l'entreprise pour laquelle vous travaillez a fermé ou devrait fermer? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> 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.



Employment **OPTIONS** Emploi

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 à l'adresse suivante: <https://www.gov.nl.ca/atipp/coordinators/> (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

Date (jj/mm/aaaa)

Signature de parent, tuteur ou curateur

Date (jj/mm/aaaa)