

**DATE :**  
Jour/Mois/Année

Numéro d'assurance sociale :

Nom :		Prénom et initiales :		État civil : <input type="checkbox"/> Marié-e ou l'équivalent <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser	
Adresse de courriel (adresse personnelle) :			Genre : <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Autre <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 : Jour/Mois/Année		Téléphone à domicile : Téléphone cellulaire :	
Vous identifiez-vous comme un Autochtone? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser		Vous identifiez-vous comme une personne appartenant à une minorité visible? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser		Avez-vous immigré au Canada? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, en quelle année? _____ <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser	
<b>Situation d'emploi</b>				<b>Êtes-vous une personne handicapée?</b>	
<input type="checkbox"/> Employé    Heures par semaine approximatives : _____ <input type="checkbox"/> Travail autonome <input type="checkbox"/> Sans emploi (à la recherche d'un emploi) <input type="checkbox"/> Pas dans la population active (sans emploi et ne cherche pas d'emploi)				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Je préfère ne pas préciser	
<b>Admissibilité à l'assurance-emploi (AE)</b>					
Recevez-vous actuellement des prestations d'AE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Avez-vous récemment présenté une nouvelle demande d'AE? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, avez-vous utilisé le code de référence à 16 chiffres? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, disposez-vous de suffisamment d'heures pour déposer une nouvelle demande? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
<b>Études</b>					
<input type="checkbox"/> Niveau d'études inférieur au niveau secondaire <input type="checkbox"/> Certaines études postsecondaires		<input type="checkbox"/> Secondaire ou certificat d'équivalence du cours secondaire <input type="checkbox"/> Diplôme ou certificat universitaire		<input type="checkbox"/> Diplôme ou certificat collégial <input type="checkbox"/> Grade universitaire <input type="checkbox"/> Autre	
Dernière année d'étude : _____		Programme d'études : _____		Province d'étude : _____	
<b>Coûts additionnels à prévoir</b>					
Allez-vous vivre dans une maison de pension pendant votre cours? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, coût hebdomadaire? _____ \$ <input type="checkbox"/> Non		Allez-vous vous déplacer quotidiennement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Avez-vous besoin de services de garde d'enfants? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

**VEUILLEZ NOTER :**

Votre consentement signé est nécessaire pour traiter votre demande.

Veillez remplir le verso de cette page.



**Consentement – Collecte, usage 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 du Canada*, 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, des Compétences et du Travail. Vous trouverez une liste des coordonnateurs ministériels ainsi que de leurs coordonnées à l'adresse suivante : [www.atipp.gov.nl.ca/info/coordinators.html](http://www.atipp.gov.nl.ca/info/coordinators.html) (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 conjoint** : 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 : \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Signature du client

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du conjoint

\_\_\_\_\_  
Date (jj/mm/aaaa)

\_\_\_\_\_  
Signature du parent, tuteur ou curateur

\_\_\_\_\_  
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 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 de l'Immigration, de la Croissance démographique et des Compétences :**

[EmploymentPrograms@gov.nl.ca](mailto:EmploymentPrograms@gov.nl.ca)