

**Formulaire de prise de contact avec l'employé**

EMPLOYEUR : \_\_\_\_\_

N° D'ENTENTE \_\_\_\_\_

**CONFIDENTIEL**

*Veillez noter : tous les champs (sauf indication contraire) doivent être remplis pour pouvoir déterminer l'admissibilité aux programmes et/ou pour recueillir les renseignements de base sur les participants aux programmes, dans le cadre des responsabilités précisées dans les ententes de transfert fédérales-provinciales relatives au marché du travail.*

Renseignements sur le participant (Veillez écrire en lettres moulées)	
Nom :	
Adresse (rue ou case postale) :	
Province :	
Ville :	Code postal :
N° de tél.	N° de cell.
Courriel :	
Numéro d'assurance sociale ____ - ____ - ____	Date de naissance _____ AAAA/MM/JJ
Genre : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> X (Précisez) <input type="checkbox"/>	
Avez-vous un lien de parenté avec l'employeur susmentionné? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> précisez le lien	
<b>Statut de résidence (cochez toutes les cases qui s'appliquent à vous) :</b>	
Citoyenneté canadienne (naissance au Canada) <input type="checkbox"/>	
Résidence permanente (obtenu le statut de résidence permanente en immigrant au Canada, mais pas la citoyenneté canadienne) <input type="checkbox"/>	
Personne ayant obtenu le statut de réfugié au Canada en vertu de la <i>Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés</i> <input type="checkbox"/>	
Diplômé international de MUN ou CNA détenant un permis de travail postdiplôme <input type="checkbox"/>	
Personne résidente de Terre-Neuve-et-Labrador détenant un permis de travail ouvert <input type="checkbox"/>	
<b>Quelle est votre langue officielle de choix fédérale?</b>	
Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Pas une langue officielle fédérale <input type="checkbox"/>	
Éducation	
<b>Niveau de scolarité le plus élevé :</b> Études secondaires non achevées <input type="checkbox"/>	
Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence du cours secondaire <input type="checkbox"/>	
Études secondaires partielles <input type="checkbox"/> Collège ou autre certificat, diplôme ou grade non-universitaire <input type="checkbox"/>	
Certificat ou diplôme universitaire <input type="checkbox"/> Grade universitaire <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Date d'achèvement : _____	
Nom de l'école ou de l'établissement postsecondaire : _____	
Situation de l'emploi (avant le poste offert dans le cadre des Subventions salariales ou de la Formation)	
Emploi <input type="checkbox"/> C hômege <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Inactif <input type="checkbox"/>	
Si vous détenez un emploi, veuillez fournir le nom de l'employeur : _____	
Heures par semaine _____	
Taux salarial de l'heure _____	
Type d'emploi : Occasionnel <input type="checkbox"/> Contractuel <input type="checkbox"/> À temps plein <input type="checkbox"/> À temps partiel <input type="checkbox"/> Saisonnier <input type="checkbox"/>	
Autre	
État civil : Marié(e) ou l'équivalent <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Nombre de personnes à charge : _____ ou Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Handicap : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Autochtone : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Minorité visible : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/>	
Immigrant : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Préfère ne pas répondre <input type="checkbox"/> Date d'immigration : _____	
1. Avez-vous présenté une demande de prestations de soutien du revenu ou en recevez-vous actuellement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
2. Avez-vous demandé des prestations d'assurance-emploi (AE) dans les 60 derniers mois ou en recevez-vous actuellement? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
3. Si vous avez répondu « oui » à la question 2, précisez le type des prestations (cochez un choix): Régulières <input type="checkbox"/> Maternité ou parental <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Compassion <input type="checkbox"/>	
Proches aidants d'enfants Proches aidants d'enfants ou d'adultes <input type="checkbox"/>	
Recevez-vous une pension, des prestations de Workplace NL ou d'autres prestations? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
_____	_____
Signature de participants	Date AAAA/MM/JJ



## **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 du parent, tuteur ou curateur

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

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