COMMISSION DE DÉVELOPPEMENT DES RESSOURCES HUMAINES DES PREMIÈRES NATIONS DU QUÉBEC

FIRST NATIONS HUMAN RESOURCES DEVELOPMENT COMMISSION OF QUEBEC

FICHE DE RENSEIGNEMENT DU CLIENT

A- IDENTIFICATION

PRÉNOM ET NOM DE FAMILLE DU CLIENT			
NO CIVIQUE, RUE ET NO. APPARTEMENT			
VILLE	PROVINCE	CODE POSTAL	COURRIEL
NO. DE TÉLÉPHONE DOMICILE: ( )	NO. DE TÉLÉPHONE CÉLULAIRE : ( )	DATE DE NAISSANCE: (J-M-A)	AGE
DEPUIS QUAND VIVEZ-VOUS EN MILIEU URBAIN ? date/mois/année	RAISON :		
NUMÉRO D'ASSURANCE SOCIALE:	NO. DE BANDE OU DE BÉNÉFICIAIRE	SEXE F ☐ M ☐	
ÉTAT CIVIL	CÉLIBATAIRE ☐ CONJOINT DE FAIT ☐ DEPUIS : _____ SÉPARÉ(E) ☐ MONOPARENTALE : OUI ☐ NON ☐ DIVORCÉ(E) ☐ VEUF (VE) ☐ MARIÉ(E) ☐ NOM DU MARI/CONJOINT :_____		
STATUS	INDIEN INSCRIT ☐ INDIEN NON-INSCRIT ☐ MÉTIS ☐ INUIT ☐		
NATION	COMMUNAUTÉ	PROVINCE	

B- NOMBRE DE PERSONNE(S) À VOTRE CHARGE

COPIE DE LA CARTE D'ASSURANCE MALADIE OU CERTIFICAT DE NAISSANCE OU PREUVE D'ALLOCATION FAMILIALE/ENFANT À FOURNIR

NOM DE LA PERSONNE À CHARGE	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE	ÂGE

C. MOBILITÉ

PERMIS DE CONDUIRE : OUI ☐ NON ☐	
POSSÉDEZ-VOUS UN VÉHICULE : OUI ☐ NON ☐	
CLASSE DE PERMIS DE CONDUIRE :	

D. LANGUES DE COMMUNICATION

FRANÇAIS PARLÉ ☐	FRANÇAIS ÉCRIT ☐
ANGLAIS PARLÉ ☐	ANGLAIS ÉCRIT ☐
AUTRES :	

E. SITUATION FINANCIÈRE ACTUELLE DU CLIENT

PRESTATION ASSURANCE EMPLOI	OUI ☐ NON ☐	BOURSE D'ÉTUDE	OUI ☐ NON ☐
PRESTATION DE LA SÉCURITÉ DU REVENU	OUI ☐ NON ☐	PENSION ALIMENTAIRE	OUI ☐ NON ☐
SANS REVENU	OUI ☐ NON ☐	CSST	OUI ☐ NON ☐
TRAVAILLEUR AUTONOME À TEMPS PLEIN	OUI ☐ NON ☐	AUTRES	

EN EMPLOI : PERMANENT ☐ TEMP PLEIN ☐ TEMP PARTIEL ☐ OCCASIONNEL ☐ SAISONIER ☐

REVENU DU CONJOINT : EN EMPLOI ☐ ASSURANCE-EMPLOI ☐ SÉCURITÉ DU REVENU ☐ SANS REVENU ☐ AUTRE ☐

F. EXPÉRIENCE DE TRAVAIL ANTERIEUR

EMPLOYEUR	TITRE DU POSTE	DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN
1)			
2)			
3)			

G. ÉDUCATION ACADÉMIQUE & FORMATION

NIVEAU	NOM DE L'ÉCOLE & VILLE & PROVINCE	NIVEAU COMPLÉTÉ & PROGRAMME	MOIS/ANNÉE
Etudes secondaires		**I II III IV V DES**	
Diplôme d'étude professionnelle		**I II III DEP**	
Diplôme étude collégiale			
Attestation d'étude professionnelle			
Certificat			
Baccalauréat			
Maîtrise			
Doctorat			

H. AUTRES INFORMATION

AVEZ-VOUS UN HANDICAP OU UNE MALADIE QUI VOUS EMPÊCHE D'INTÉGRER LE MARCHÉ DU TRAVAIL: OUI ☐ NON ☐

AVEZ-VOUS DES ANTÉCÉDENTS JUDICIAIRES : OUI ☐ NON ☐

Je déclare que les informations fournies sur ledit formulaire sont complètes et véridiques.

NOM EN LETTRE MOULÉE :	**SIGNATURE DU CLIENT :**	**DATE :**

RÉVISÉ PAR L'INTERVENANT DU CSU – MTL : _____DATE :__

Emploi Québec

Fiche de suivi – Présentation ou recrutement

Note – La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

☐ **Présentation** ☐ **Recrutement**

Bureau responsable d'Emploi-Québec

Nom de la personne désignée

Téléphone (Ind. rég.) | Poste | Télécopieur

Renseignements sur l'identité de la personne

Nom de famille | Prénom | Numéro de dossier (CP-12)

Adresse du domicile — Numéro | Rue | Appartement | Ville, village ou municipalité | Code postal

Téléphone (même si confidentiel) (Ind. rég.) | Autre numéro de téléphone (s'il y a lieu), précisez : (Ind. rég.)

Sexe ☐ Masculin ☐ Féminin | Date de naissance (Année Mois Jour) | État matrimonial ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Conjoint de fait ☐ Veuf ☐ Séparé légalement ☐ Séparé sans jugement ☐ Divorcé ☐ Uni civilement ☐ Dissolution d'union civile | Numéro d'assurance sociale | Langue de correspondance ☐ Français ☐ Anglais

La personne s'identifie-t-elle comme autochtone? *(Personne d'ascendance inuite ou amérindienne)* ***Précisez :*** (2) Non (0) Aucune réponse (3) Amérindien vivant sur une réserve (4) Amérindien vivant hors réserve (5) Inuit (6) Non déterminé

Si la personne est née hors du Canada, précisez le pays de naissance : | Date d'arrivée (Année Mois Jour)

La personne a-t-elle la citoyenneté canadienne? ☐ Oui ☐ Non ► ***Si non,*** a-t-elle le statut de résident permanent? ☐ Oui ☐ Non ⇢ Statut inscrit sur le formulaire IMM-1000 « Visa d'immigrant et fiche relative au droit d'établissement » ou IMM-5292 « Confirmation de la résidence permanente » ou sur la « Carte de résident permanent ».

► ***Si oui,*** à quelle catégorie d'immigration appartient-elle? _____

► ***Si non,*** est-elle considérée comme demandeur d'asile? ☐ Oui ☐ Non

Autre situation, précisez :

À REMPLIR PAR L'INTERVENANT

Les renseignements suivants aideront Emploi-Québec à déterminer le service le mieux adapté aux besoins de la personne.

La personne a-t-elle une limitation fonctionnelle (physique, intellectuelle ou mentale)? ☐ Oui ☐ Non ***Si oui, précisez :*** ____ (Voir les codes au verso de la copie 1.)

Ordre d'enseignement ____ (0) Primaire (1) Secondaire (2) Collégial (3) Universitaire | Degré d'études ____ (Nombre d'années terminées dans l'ordre d'enseignement atteint)

Statut à l'assurance-emploi ____ (Voir les codes | Famille monoparentale ☐ Oui ☐ Non

Il n'est pas obligatoire de répondre à la question suivante : La personne s'identifie-t-elle comme un membre d'une minorité visible? ☐ Oui ☐ Non

Je déclare que les informations fournies sont véridiques. J'autorise Emploi-Québec et l'intervenant externe à s'échanger les renseignements nécessaires à la réalisation et au suivi de ma participation à l'activité décrite à la section « Renseignements sur l'activité ».

Date _____ Signature de la personne _____

La présentation de cette personne est valide jusqu'au : (Année Mois Jour)

Types de limitation fonctionnelle

Code	Description
LA	Limitation auditive
LP	Limitation de la parole
LI	Limitation intellectuelle / apprentissage
LM	Limitation manuelle
LS	Limitation liée à la santé mentale
LV	Limitation visuelle
MP	Mobilité physique réduite
PR	Problème respiratoire

Statut à l'assurance-emploi

Code	Description	Définition
A	Admissible sans prestations d'assurance-emploi	Assuré de l'assurance-emploi qui demande de l'aide dans le cadre d'une mesure d'emploi avec l'objectif de réintégrer le marché du travail et qui, à la date de cette demande, ne reçoit pas de prestations d'assurance-emploi ni de prestations en vertu du Régime québécois d'assurance parentale (RQAP), telles que précisées au point 2.1, et est une personne à l'égard de qui : 1. une période de prestations d'assurance-emploi a été établie ou à pris fin au cours des 36 derniers mois; **ou** 2. une période de prestations d'assurance-emploi liées à la venue d'un enfant a été établie au cours des 60 derniers mois et qui : 2.1 a bénéficié de prestations parentales ou de maternité en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi, ou de prestations en vertu du RQAP, et qui, n'eût été ces prestations, aurait été en droit de recevoir des prestations liées à la venue d'un enfant en vertu de la Loi sur l'assurance-emploi; et 2.2 a quitté le marché du travail, au cours de la période de prestations, pour prendre soin de son ou ses nouveau-nés ou d'un ou plusieurs enfants placés chez elle en vue de leur adoption.
N	Non admissible	N'est pas un prestataire de l'assurance-emploi, actif ou admissible.
P	Prestataire actif à l'assurance-emploi	Assuré de l'assurance-emploi qui demande de l'aide dans le cadre d'une mesure d'emploi avec l'objectif de réintégrer le marché du travail et qui, à la date de cette demande, reçoit des prestations d'assurance-emploi ou pourrait en recevoir en raison d'une période de prestations d'assurance-emploi toujours en vigueur.

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

IDENTIFICATION		
Client		
Adresse		
Ville	**Province**	**Code postal**
Téléphone	**Date de naissance**	
Numéro d'assurance sociale	**Courriel :**	

Par la présente, j'autorise la CDRHPNQ[1] (CLPN[2], CSU[3]) à constituer un dossier sur ma personne ainsi qu'à recueillir les renseignements pertinents à mon dossier.

J'autorise la CDRHPNQ (CLPN, CSU) à communiquer ces renseignements à des tiers, notamment au conseil de bande, centre local d'emploi (CLE) et au centre de formation, afin que ces renseignements soient utilisés pour la constitution de mon dossier ou de l'analyse de ma demande.

La CDRHPNQ pourra utiliser ces renseignements à des fins spécifiques, soit pour de la vérification, de la compilation, d'analyse ou de statistique, mais à la condition que cette utilisation ne porte pas atteinte à ma réputation et à ma vie privée.

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques, et je sais qu'ils peuvent faire l'objet d'une vérification par la CDRHPNQ ou son représentant.

_____ _____

Signature du client Date

[1] Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec
[2] Commission locale des Premières Nations
[3] Centre de service urbain

POLITIQUE D'ASSIDUITÉ

Cette politique repose sur le principe selon lequel la présence régulière en classe est essentielle au succès de l'étudiant, et que le fait de manquer des cours est une entrave considérable à son progrès académique. Le financement de la CDRHPNQ est donc conditionnel à une présence assidue aux cours dispensés par le centre de formation.

Toute absence doit être justifiée par une note écrite qui doit être remise au centre de formation et télécopiée à l'agent de suivi et/ou au conseiller en emploi. À défaut de fournir la preuve d'un motif valable d'absence, celle-ci sera considérée comme étant non-justifiée.

Le participant est tenu de motiver ses absences auprès de l'agent de suivi et/ou au conseiller en emploi dans les 48 heures suivant son absence. Le participant doit remettre le document justificatif dans un délai de 15 jours suivant sa journée d'absence. Après 15 jours, aucun document justificatif ne pourra être considéré.

Les raisons considérées comme acceptables pour une absence sont les suivantes : Accidents, raisons médicales pour le participant ou pour accompagner un membre de sa famille, comparution au tribunal, mortalité, déménagement, mariage, naissance d'un enfant, salon de carrière et rencontres avec le conseiller en emploi. Une preuve écrite est cependant toujours exigée. L'école et le conseiller en emploi devront être avertis.

Toute absence sans motif valable entraînera une réduction des allocations de formation. De plus, la CDRHPNQ se réserve le droit de mettre fin à sa contribution financière lorsqu'il y a absences non justifiées. Dans ce cas, conformément aux critères d'admissibilité de la CDRHPNQ, le participant ne sera plus éligible au financement pour une période d'un an.

Tel que stipule le règlement du Ministère de l'Éducation, l'Enseignement supérieur et de la Recherche, les absences prolongées entraînent un retrait du programme de formation. Tout absentéisme de plus de cinq (5) journées consécutives entraînera donc une fin de participation de la mesure. Si les absences sont justifiées, une nouvelle demande de financement pourra être effectuée par le conseiller en emploi. Toute absence non justifiée, l'étudiant ne sera pas éligible au financement pour une période d'un an.

J'ai pris connaissance des modalités de la politique d'assiduité ci-dessus et je consens à m'y conformer pour la durée de ma mesure de formation.

Signature du participant _____ Date _____

PREUVE DE RÉSIDENCE

Afin de confirmer l'admissibilité de votre demande de financement et compte tenu que vous n'avez pas fourni de bail ou autre document confirmant votre lieu de résidence et la date du début d'occupation (compte de taxes municipales/scolaires, permis de conduire, etc.), nous vous demandons de produire une preuve de résidence. Veuillez remplir le présent formulaire et le faire remplir par votre propriétaire ou logeur et ensuite le retourner à votre conseiller en emploi dans les plus brefs délais.

IDENTIFICATION DU PARTICIPANT	
Nom et prénom	
Adresse complète	
Courriel	
No. de téléphone	
IDENTIFICATION DU PROPRIÉTAIRE/LOGEUR	
Nom et prénom	
Adresse complète	
No. de téléphone	
Date de début d'occupation du logement ou de la chambre	
Lien de parenté avec le locataire	
TYPE DE LOGEMENT	
Loyer sans bail ☐ **Chambre sans pension** ☐ **Chambre et pension** ☐	

Notes supplémentaires : _____

Je déclare, par la présente, que les renseignements fournis sont à tous les égards, vrais, exacts et complets, et je sais qu'ils peuvent faire l'objet d'une vérification par la CDRHPNQ ou ses représentants. Toute personne qui aura reçu de l'aide financière suite à de fausses déclarations verra sa mesure prendre fin et sera tenu de rembourser ce montant à la CDRHPNQ.

_____ _____
Signature du participant/locataire Date

_____ _____
Signature du propriétaire ou du logeur Date