

**Formulaire de prise de contact avec l'employé/le client**

EMPLOYEUR/ORGANISATION : \_\_\_\_\_

N<sup>o</sup> 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 personnels - employé			
Nom de l'employé :			
Adresse (rue ou case postale) :			Province :
Ville :		Code postal :	
N <sup>o</sup> de tél.	N <sup>o</sup> de cell.	Courriel :	
Numéro d'assurance sociale		A demandé ou reçoit le soutien du revenu : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <i>Ne s'applique pas aux participants du programme Subventions pour l'emploi Canada-TNL</i>	
Date de naissance _____		Genre : Homme <input type="checkbox"/> Femme <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/>	
Quelle est votre langue de service et de correspondance préférée? Français <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/>		État civil Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Conjoint(e) de fait <input type="checkbox"/>	
Avez-vous légalement le droit de travailler au Canada? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Êtes-vous citoyen(ne) canadien(ne)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Êtes-vous étudiant(e)? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
<p><b>Question facultative</b> – Vous percevez-vous comme ayant un handicap qui occasionne des difficultés importantes pour obtenir une formation ou un emploi? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p> <p>Êtes-vous un(e) Autochtone? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/></p>			
Dernier emploi ou actuel (avant le poste offert dans le cadre des Subventions salariales ou de la Formation)			
Employé ou travailleur autonome? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> <b>Le cas échéant, fournissez les renseignements suivants :</b>			
Nom de l'employeur/l'entreprise : _____			
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"/>			
Titre du poste : _____ Taux salarial : _____\$/heure _____ heures par semaine			
A demandé ou reçoit des prestations d'assurance-emploi (AE) dans les 60 derniers mois : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Si oui, type (cochez un choix): Compassion <input type="checkbox"/> Maternité <input type="checkbox"/> Parental <input type="checkbox"/> Régulières <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/>			
Si vos prestations finissent bientôt, avez-vous assez d'heures/de gains pour une autre demande? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			

Les questions ci-dessous servent à recueillir des renseignements sur les participants éventuels au programme. Ces renseignements seront utilisés pour aider à déterminer les répercussions du programme.

### Études secondaires

Quel est le niveau d'éducation le plus élevé que vous ayez complété? \_\_\_\_\_

Date du diplôme : \_\_\_\_\_ Nom de l'école secondaire : \_\_\_\_\_

### Études postsecondaires

Avez-vous fait des études post-secondaires? Oui  Non

**Si oui, veuillez préciser le niveau d'études postsecondaires le plus élevé (si vous avez complété plus d'un programme d'études postsecondaires, veuillez joindre une feuille séparée)**

Nom du programme : \_\_\_\_\_ Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

État : En cours  Complété  Incomplet

Source de financement :

Financement gouvernemental  Prêt étudiant

Fonds personnels  Autre  (veuillez préciser) \_\_\_\_\_

**Durée :** \_\_\_ jour(s) \_\_\_ semaine(s) \_\_\_ année(s) Année du diplôme ou dernière année d'études : \_\_\_\_\_

### Renseignements sur le poste relatif aux subventions salariales ou sur le nouveau poste (si en formation)

De quelle manière avez-vous pris connaissance de cette occasion d'emploi à salaire subventionné ou de formation?

\_\_\_\_\_

Nom de l'employeur/de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Titre du poste : \_\_\_\_\_ Taux salarial : \_\_\_\_\_ \$/heure \_\_\_\_\_ heures par semaine

Fonctions : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous un lien avec l'employeur? Oui  Non

Si oui, précisez le lien : \_\_\_\_\_

Date prévue du début (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_ Date prévue de la fin (JJ-MM-AAAA) : \_\_\_\_\_

### RÉSERVÉ aux participants du programme Subventions salariales JobsNL

Recevez-vous une pension fédérale ou provinciale, des prestations de Workplace NL ou d'autres prestations prévues par le ministre de l'EPCT (p. ex., pension d'enseignant, pension militaire, prestations d'invalidité du RPC)? Oui  Non

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date : (JJ-MM-AAAA)