

PROGRAMME ACCROISSEMENT DE L'EMPLOI

Subvention salariale à l'employeur

Formulaire de demande

(Form available in English)

LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS / VEUILLEZ IMPRIMER CLAIREMENT

1. Nom légal de l'entreprise ou organisme (tel qu'enregistré):

Nom du (des) propriétaire(s):

Adresse civique :

Adresse postale:

Cité, ville, village:

Province:

Code postal:

Lieu où est située l'entreprise:

Adresse site web (si applicable):

Principale activité de l'entreprise ou de l'organisme:

2. M. Nom de la personne contact:

Mme

Titre de la personne contact:

3. Langue officielle préférée pour correspondance?

Anglais Français

Numéro du téléphone:

Numéro de télécopieur:

Numéro alternatif #1:

Cellulaire

Domicile

Numéro alternatif #2:

Cellulaire

Domicile

Adresse de courrier électronique (si applicable):

Type d'employeur: Privé

But non lucratif

Premières Nations

Si privé, veuillez indiquer lequel:

Propriétaire unique Société en nom collectif

Incorporée

4. Numéro d'employeur (de l'Agence du revenu du Canada):

RP00

Tous les employeurs **DOIVENT** avoir un numéro de paye.

Pour plus de renseignements sur la méthode d'inscription, téléphonez à l'Agence du revenu du Canada au 1-800-959-7775.

6. Est-ce que votre entreprise/organisme a déjà reçu de l'assistance financière du gouvernement provincial?

Oui Non

À L'USAGE DU BUREAU

Numéro de fournisseur

Note: Les numéros de fournisseur sont émis aux organismes qui ont reçu de l'assistance financière ou des paiements du gouvernement provincial.

5. En activité depuis (sous propriétaire(s) actuel(s)):

(AAAA)

7A. Historique du nombre d'emplois:

- Énumérez **tous** vos employés sur votre feuille de paye pour les 12 derniers mois.
- **Débutez par le mois courant et reculez pour couvrir les 12 derniers mois.**
- En vous référant aux codes mentionnés dans la partie 7B, indiquez le statut de chaque employé. **Les propriétaires devraient seulement être inclus s'ils sont éligibles à faire des contributions à l'assurance emploi.**

Veillez débiter avec le mois courant ici ->													
Noms des employés qui figurent dans votre registre de paye		Notes (ex: maladie, maternité, etc.)											
Jean Untel (exemple)				A	A	A	A						
Marie Untelle (exemple)								A	A	A	A		
Nombre total d'employés													

7B. En vous référant aux employés énumérés dans le tableau ci-dessus, identifiez le statut de chaque poste en utilisant les codes mentionnés dans la description et tableau ci-dessous:

- Codes Total Description**
- A** À l'année temps plein: 44 semaines ou plus par année **et** 30 heures ou plus par semaine.
 - B** À l'année temps partiel: 44 semaines ou plus par année **et de** 15 heures à moins de 30 heures par semaine.
 - C** Saisonnier temps plein : 43 semaines ou moins par année **et** 30 heures ou plus par semaine.
 - D** Saisonnier temps partiel : 43 semaines ou moins par année **et** de 15 heures à moins de 30 heures par semaine.
 - E** Autre : Par exemple, un employé qui travaille 14 heures ou moins par semaine **ou** qui est rémunéré à commission ou qui est sous contrat **ou** un étudiant d'été **ou** qui est (a été) sur un autre programme de subvention, etc.

Code	Semaines	Heures/semaine	Temps plein / Temps partiel
Définition	À l'année temps plein / temps partiel		
A	≥44	≥30	Temps plein
B	≥44	≥15 et < 30	Temps partiel
Définition	Saisonnier temps plein / temps partiel		
C	≤43	≥30	Temps plein
D	≤43	≥15 et < 30	Temps partiel
E	-	≤14	-

8. Emplois demandés: Veuillez ajouter des feuilles additionnelles si vous avez besoin de plus d'espace pour énumérer d'autre(s) emploi(s) demandé(s) et leur description de poste respective. **Prendre note: le salaire horaire n'inclut pas la paye de vacances.**

Nombre d'emplois	Titre d'emploi	CNP (usage bureau)	Lieu de travail (cité, ville, ou village)	Hres/ semaine	Semaines par année	Date de début prévue	Salaire horaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description de poste (tâches, compétences, éducation):

(YYYY/MM/DD)

Nombre d'emplois	Titre d'emploi	CNP (usage bureau)	Lieu de travail (cité, ville, ou village)	Hres/ semaine	Semaines par année	Date de début prévue	Salaire horaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description de poste (tâches, compétences, éducation):

(YYYY/MM/DD)

Nombre d'emplois	Titre d'emploi	CNP (usage bureau)	Lieu de travail (cité, ville, ou village)	Hres/ semaine	Semaines par année	Date de début prévue	Salaire horaire
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Description de poste (tâches, compétences, éducation):

(YYYY/MM/DD)

9. Est-ce que la/les personne(s) a/ont commencé à travailler? Oui Non
- Certains de ces emplois sont-ils déjà subventionnés par d'autres programmes du gouvernement? Oui Non
- Est-ce que le(s) poste(s) demandé(s) remplace(nt) ou déplace(nt) des employés permanent(s) mis à pied, en vacances, en congé parental ou de maladie? Oui Non
- Les syndicats ont-ils été consultés pour les catégories d'emploi visées par une convention collective? Oui Non S/O
- Est-ce que l'(les)employé(s) potentiel(s) est(sont) un(des) membre(s) de la famille immédiate de l'employeur (conjoint, enfant, parent, frère ou soeur)? Oui Non
- Est-ce que l'(les)employé(s) potentiel(s) est(sont) un agent ou un dirigeant de l'organisme employeur ou un membre de leur famille immédiate (conjoint, enfant, parent, frère ou soeur)? Oui Non

10. De quelle façon prévoyez-vous rémunérer cet(ces) employé(s)? Taux horaire À la pièce Commission Contrat Salaire

11. Raison de l'embauche? Expliquez pourquoi votre entreprise ou organisme nécessite ce(ces) poste(s) supplémentaire(s).

Comment allez-vous maintenir ce(ces) poste(s) durant et une fois la période de subvention salariale terminée?

12. Prévoyez-vous des mises à pied/fermetures/réductions d'heures dans la prochaine année? Oui Non

Si oui, s'il vous plaît indiquer quand, pourquoi, durée, etc?

13. Est ce que votre entreprise compte d'autre(s) bureau(x) ailleurs au Nouveau-Brunswick? Oui Non

Si oui, s'il vous plaît spécifier où.

Êtes-vous propriétaire de toute autre entreprise opérant au Nouveau-Brunswick? Oui Non

Si oui, s'il vous plaît spécifier.

14. Autres commentaires:

15. J'atteste par la présente, que les renseignements donnés dans cette demande sont exacts. Je comprends également que les fonds reçus dans le cadre du programme doivent servir à la création d'un (des) emploi(s) ADDITIONNEL au nombre régulier de personnes employées au moment de l'approbation. Cette augmentation devra être maintenue pendant la durée du programme. **Je certifie que j'ai lu, compris, signé, et daté le Formulaire de consentement du ci-joint, et que je peux garder une copie pour mes dossiers.**

Par votre signature, vous affirmez que votre statut est en règle avec la Direction des normes d'emploi du gouvernement du Nouveau-Brunswick. De plus, tout renseignement ayant trait à la présente demande ou à votre statut en ce qui concerne la Direction des normes d'emploi sera communiqué, si nécessaire, à la Direction des services d'emploi et d'apprentissage continu du ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail afin de déterminer votre admissibilité au programme.

Signature

Date

À L'USAGE DU BUREAU

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT POUR LA COLLECTE, L'UTILISATION ET LA COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS DU CLIENT

Le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail (le Ministère), ses agents et ses fournisseurs de services (tiers) sont les organisations qui fournissent les programmes et les services reliés à l'emploi.

Les renseignements (y compris les renseignements personnels, commerciaux, et financiers) que vous fournissez pour ces programmes et services sont recueillis par le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services en vertu du paragraphe 37(1)(b) de la *Loi sur le droit à l'information et à la protection de la vie privée*; L.N.B. 2009, ch. R-10.6 (LDIPVP) dans le cadre de la gestion des programmes et des services reliés à l'emploi établis en vertu des Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché du travail. Veuillez consulter la définition de renseignement personnel dans la LDIPVP pour plus de détails sur ce qui est considéré comme étant un renseignement personnel.

Les renseignements que vous fournissez sont protégés et traités conformément à la LDIPVP et à la *Politique de gestion des documents et dossiers*. Si vous avez des questions ou des préoccupations relatives au présent formulaire de consentement, au processus de demande, au traitement de vos renseignements ou aux programmes et services, veuillez communiquer avec votre bureau régionale du Ministère.

Tout renseignement fourni doit être précis; veuillez immédiatement informer le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services de tout changement.

Consentement à la collecte, l'accès, l'utilisation et la communication des renseignements

Je, personne-ressource au nom de _____ (veuillez imprimer le nom de l'entreprise), autorise par la présente le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir et utiliser les renseignements fournis par moi:

- afin d'établir et de vérifier l'admissibilité de l'entreprise aux programmes ou aux services auxquels je désire m'inscrire ou recevoir en son nom;
- afin d'aider l'entreprise à atteindre ses objectifs professionnels ou commerciaux, ou les deux, ce qui comprend le suivi des progrès de l'entreprise au cours de sa participation au programme ou au service, ou les deux; et
- afin de communiquer avec moi au cours de la participation de l'entreprise au programme ou au service, ou les deux, dans le but de recueillir des renseignements relativement à sa participation pour assurer le suivi et l'évaluation des programmes ou services visés à des fins de recherche et d'amélioration continue à la programmation.

Je comprends qu'il faudra peut-être communiquer ces renseignements à ces fins. Alors j'autorise par la présente le Ministère, ses agents et ses fournisseurs de services à communiquer ces renseignements, lorsque nécessaire, à d'autres directions du Ministère, à d'autres ministères du gouvernement et agences du Nouveau-Brunswick, au Ministère d'Emploi et Développement social Canada, et à des tiers évaluateurs.

Je reconnais que la présente autorisation est valide pour la durée de la participation de l'entreprise aux programmes ou aux services et la période de suivi qui y est associée, et pour effectuer une évaluation de ces derniers telle qu'établi par le Ministère.

Je comprends que je, ou une autre personne-ressource de l'entreprise, peux annuler par écrit ce consentement à tout moment et, ce faisant, nous comprenons que l'entreprise ne pourra plus participer au programme ou au service visé en raison des exigences fixées par les Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché du travail.

Nom de la personne contact (en lettres moulées)

Nom de l'entreprise (en lettres moulées)

Signature de la personne-ressource

Date

*Financé par les gouvernements de Canada et de Nouveau-Brunswick grâce aux
Ententes Canada-Nouveau-Brunswick sur le marché de travail*