



Éducation postsecondaire,
Formation et Travail

Formulaire de demande

AIDE AU TRAVAIL INDÉPENDANT

Programme accroissement de l'emploi

À l'usage du bureau

ID de l'application

Financé par le gouvernement du Canada et la province du Nouveau-Brunswick dans le cadre des Ententes Canada/Nouveau-Brunswick sur le marché du travail.

LES FORMULAIRES INCOMPLETS SERONT RETOURNÉS / VEUILLEZ IMPRIMER CLAIREMENT

Nom	Prénom	Initiale(s)	No. d'assurance sociale	Date de naissance (aa/mm/jj)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse postale permanente		Cité / Ville / Village	Province	Code Postal
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
				Genre (M/F)
				<input type="text"/>

Dans quelle langue officielle désirez-vous recevoir votre correspondance? Français Anglais

Nom de l'entreprise

Adresse civique d'entreprise	Activité principale de l'entreprise
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Cité, ville, village	Province	Code postale	Adresse électronique (si applicable)
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Lieu de l'entreprise (cité, ville, village)	Site Web (si applicable)
<input type="text"/>	<input type="text"/>

Le genre de l'entreprise :

Société à propriétaire unique

ou

Société en nom collectif

Nom de vos associés : _____

ou

Société incorporée

Nom de vos actionnaires : _____

No. de téléphone (dom.)	No. de téléphone (entreprise)	Si vous n'êtes pas disponible, avec qui pouvons-nous laisser un message?
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

No. de télécopieur	No. de cellulaire	Nom: _____
<input type="text"/>	<input type="text"/>	Téléphone: _____

ÉDUCATION

Genre d'établissement	Nom et adresse de l'établissement	Période De À	Cocher une seule case par option	Champs d'étude ou spécialisation	Diplôme ou certificat
Secondaire			<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
Collège communautaire			<input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> Complété		
Universitaire			<input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> Complété		
Privé			<input type="checkbox"/> Incomplet <input type="checkbox"/> Complété		

Veuillez indiquer toutes les cases pertinentes :

- Prestataire d'assistance sociale
- Prestataire d'Assurance-emploi
- A reçu des prestations d'Assurance-emploi dans les 36 derniers mois
- A reçu des prestations d'Assurance-emploi pendant un congé parentale ou de maternité dans les 60 derniers mois
- Finissant(e) du postsecondaire
- Étudiant
- Nouveaux arrivants (Immigrant)
- Minorité visible
- Autochtone, veuillez remplir les case pertinentes : Inscrit Non inscrit Inuit Métis
- Handicapé(e), veuillez remplir les cases pertinentes : Mobilité Audition Vue Parole
- Autre : _____

- Prévoyez-vous embaucher des employé(e)s? Oui Non Si oui, combien? _____
- Êtes-vous autorisé à travailler au Canada? Oui Non
- Êtes-vous sans emploi? Oui Non
- Est-ce que votre entreprise opérera au N.-B.? Oui Non
- Est-ce que votre entreprise est déjà en opération? Oui Non Si oui, quand? _____
- Avez-vous reçu de l'aide financière du programme ATI dans les 5 dernières années? Oui Non

À L'USAGE DU BUREAU

Numéro du fournisseur :

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

FICHE D'EMPLOI - Indiquez d'abord l'emploi le plus récent

Nom et adresse de l'employeur	Genre de travail	Période d'emploi	
		De	À

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets. J'autorise le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, ses agents et fournisseurs de services, à obtenir une évaluation de ma cote de solvabilité pour étudier ma demande dans le cadre du programme Aide au travail indépendant. En plus, je consens à ce que le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, ses agents et fournisseurs de services, partagent les renseignements inclus dans cette demande avec d'autres ministères du gouvernement pour des raisons de révision ou d'évaluation de programmes. Le / la soussigné(e) reconnaît que toute fausse déclaration peut entraîner le rejet de la demande. En plus, de fausses déclarations peuvent entraîner des poursuites criminelles.

Signature du demandeur

Date

