



Ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail

**Services de soutien à l'emploi et à la formation
Formulaire de demande**

Information du client:

Prénom: Deuxième prénom: Nom de famille:

Adresse: Ville:

Province: Code postal: Courriel:

Téléphone: Téléphone alternatif: ATS/Texte:

Langue de Service: Anglais Français Sexe: Homme Femme

Numéro d'assurance sociale: Date de naissance:
aaaa/mm/jj

Plus haut niveau de scolarité complété:

Groupes cibles:

Handicap principal:

Ouïe Intellectuel Apprentissage Santé mentale

Mobilité Parole Vue Autre (spécifier):

Autres:

Autochtone AE Actif AE Réadmissible Bénéficiaire d'aide sociale

Information de l'agent de référence:

Agence de référence:

Nom de l'agent de référence: Téléphone:

Courriel: Télécopieur:

Information du plan d'action d'emploi:

<p>1- L'objectif du plan d'action d'emploi est :</p> <p><input type="checkbox"/> Récupération scolaire, indiquez le niveau: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Éducation postsecondaire, indiquez le domaine d'étude: _____</p> <p><input type="checkbox"/> Emploi, indiquez le domaine d'emploi: _____</p>	
<p>2- Est-ce que le plan d'action d'emploi contient des objectifs clairs et réalisables?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>3- Est-ce que les impacts de l'handicap furent considérés dans le plan d'action d'emploi?</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>4- Est que le client a fait application ou reçoit du financement de l'une des sources suivantes (cochez celles qui s'appliquent):</p> <p><input type="checkbox"/> Bourse Canadienne servant à l'achat d'équipement et de services pour étudiants ayant une invalidité permanente (SCE IPSE);</p> <p><input type="checkbox"/> RPC-Invalidité;</p> <p><input type="checkbox"/> Travail sécuritaire NB;</p> <p><input type="checkbox"/> Assurance invalidité;</p> <p><input type="checkbox"/> Règlement d'assurance;</p> <p><input type="checkbox"/> Compagnies d'assurance privée;</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de Formation et perfectionnement professionnel (FPP);</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de soutien aux personnes ayant un handicap (Développement social);</p> <p><input type="checkbox"/> Programme de véhicules adaptés (Transports et Infrastructure);</p> <p><input type="checkbox"/> Autre (spécifier): _____</p> <p>Si oui, indiquez le montant de la contribution: _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>5- Pour l'éducation postsecondaire, est-ce que l'institution est:</p> <p><input type="checkbox"/> reconnue par le Programme canadien de prêts aux étudiants; ou</p> <p><input type="checkbox"/> reconnue par la Loi sur la formation professionnelle dans le secteur privé (LFPSP); ou</p> <p><input type="checkbox"/> reconnue par l'Association canadienne de l'enseignement coopératif (CAFCE); ou</p> <p><input type="checkbox"/> sur la liste des institutions de formation reconnues (FPP); ou</p> <p><input type="checkbox"/> approuvé par le bureau central.</p> <p><i>Nom de l'institution:</i> _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>6- Pour l'emploi, est-ce que le client est présentement à l'emploi?</p> <p>Si oui: - travaille-t'il pour l'employeur actuel depuis moins de 30 semaines? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>- est-ce que l'employeur va contribuer au coût du soutien demandé? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>Si oui: - indiquez la contribution de l'employeur: _____</p> <p>- indiquez le nom de l'employeur: _____</p>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<p>7- Fournir des détails sur le plan d'action d'emploi, y compris la recherche effectuée sur les possibilités et les exigences du marché du travail:</p> <p>_____</p>	

Soutien SSEF demandé (Lorsque la demande de soutien comprend des Technologies d'aide, s'il vous plaît lister toutes les Technologie d'aide déjà détenues par la personne dans la case de la RATIONNELLE ci-dessous. Ex.: Ordinateur, ordinateur portable, iPad, etc.):

RATIONNELLE (Décrire le soutien SSEF demandé, les impacts de l'handicap dans le plan d'action d'emploi et comment le soutien aidera le client à atteindre les objectifs de son plan d'action d'emploi):

- NOTE:** Pour tous les articles, soutien et services demandés, ce qui suit est nécessaire:
- Un minimum de deux estimations (si moins de deux, inclure la raison dans la rationnelle);
 - Les estimations doivent être incluses dans la trousse de demande.
 - Entrer seulement les estimations recommandés dans les tableaux suivants.

ARTICLES DEMANDÉS:

Estimations recommandées (Technologie d'aide, Manuels scolaire, etc...)			BUREAU SEULEMENT	
Articles	Fournisseurs	Coûts estimés	Montant approuvé	Refusé
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
				<input type="checkbox"/>
Coût Total		\$0.00		

SOUTIEN et SERVICES DEMANDÉS:

Estimations recommandées (Tuteur, Interprète, etc...)							BUREAU SEULEMENT	
Soutien et Services	Date de début AAAA-MM-JJ <i>Choisir la date à partir du calendrier déroulant</i>	Date de fin AAAA-MM-JJ <i>Choisir la date à partir du calendrier déroulant</i>	Nombre de semaine	Nombre d'heures par semaine	Tarif horaire	Coûts estimés	Montant approuvé	Refusé
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
								<input type="checkbox"/>
Coût total						\$0.00		

Consentement du client:

Je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire sont exacts et précis. J'autorise par la présente le ministère de l'Éducation postsecondaire, de la Formation et du Travail, ses agents et ses fournisseurs de services à recueillir, à utiliser et à communiquer ces renseignements :

- o afin de fournir le soutien approuvé; et
- o afin de me contacter pour recueillir des renseignements concernant ma situation d'emploi ou de formation et pour assurer le suivi et l'évaluation des Services de soutien à l'emploi et à la formation à des fins de recherche et d'amélioration continue.

Je certifie également que je suis résident(e) du Nouveau-Brunswick par la définition suivante : une personne qui a légalement le droit d'être ou de rester au Canada, qui établit sa résidence au Nouveau-Brunswick et qui y vit habituellement, mais ne comprend pas :

- o les étudiants d'une autre province ou munis d'un visa pour étudiant; et
- o les touristes et les visiteurs de passage dans la province; et
- o les itinérants; et
- o les détenus des pénitenciers fédéraux.

_____ Nom du client en lettres moulées	_____ Signature du client	_____ Date
_____ Nom d'un parent, tuteur ou fiduciaire en lettres moulées <i>(pour client de moins de 19 ans)</i>	_____ Signature d'un parent, tuteur ou fiduciaire <i>(pour client de moins de 19 ans)</i>	_____ Date

_____ Nom de l'Agent de référence en lettres moulées	_____ Signature de l'Agent de référence	_____ Date
--	---	----------------------

À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT		
Statut de l'approbation:	Approuvé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/>
	Recommandé au DR <input type="checkbox"/>	
_____ Nom du Coordonnateur SSEF en lettres moulées	_____ Signature du Coordonnateur SSEF	_____ Date
Statut de l'approbation:	Approuvé <input type="checkbox"/>	Refusé <input type="checkbox"/>
_____ Nom du Directeur régional en lettres moulées	_____ Signature du Directeur régional	_____ Date
Rationnelle:		