



Demande d'aide financière  
Initiatives de création d'emploi (C1) - CSEF  
Placement carrière été (C1) - CSEF

Réservé à l'administration			
Numéro de dossier :			
Nom de l'entreprise/organisme			
Nom de la personne autorisée à faire cette demande			
Adresse			Ville
Province	Code postal	N° de téléphone	
Nom de la personne-ressource		Adresse courriel	
N° d'enregistrement (s'il s'agit d'un organisme sans but lucratif)			
Date d'enregistrement :			
S'il s'agit d'un organisme à but lucratif, veuillez fournir votre chartre d'entreprise.			
Résumer les objectifs et les résultats des activités (joindre des documents détaillés, au besoin)			
Avez-vous soumis une demande ailleurs ? Si oui, auprès de qui ? Quel montant ?			
Durée du projet : du <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> au <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>			
J      M      A      J      M      A			



Professions occupées par les participants	Nbre. de personnes	Nbre. de sem.	Total des sem. de travail	Nbre d'hres par sem.	Nbre total d'heures	Taux horaire	Montant de la contribution demandée
1. <input type="text"/>							
2. <input type="text"/>							
3. <input type="text"/>							
<b>Totaux</b>							

Pour les organismes à but non-lucratif seulement											
Charges sociales de l'employeur (7 % max.)	Total										
<table border="1"> <tr> <td>CNESST</td> <td>___ % x ___ = ___</td> </tr> <tr> <td>Ass. Emploi</td> <td>___ % x ___ = ___</td> </tr> <tr> <td>Vacances</td> <td>___ % x ___ = ___</td> </tr> <tr> <td>RQAP</td> <td>___ % x ___ = ___</td> </tr> <tr> <td>Autres (précisez)</td> <td>___ % x ___ = ___</td> </tr> </table>	CNESST	___ % x ___ = ___	Ass. Emploi	___ % x ___ = ___	Vacances	___ % x ___ = ___	RQAP	___ % x ___ = ___	Autres (précisez)	___ % x ___ = ___	
CNESST	___ % x ___ = ___										
Ass. Emploi	___ % x ___ = ___										
Vacances	___ % x ___ = ___										
RQAP	___ % x ___ = ___										
Autres (précisez)	___ % x ___ = ___										

Frais de formation (veuillez fournir votre plan de formation en annexe)	
---	--

Sources d'autres fonds (subvention, implication financière de l'entreprise ou organisme, etc.)	
--	--

Total de la demande	
---------------------	--



Information sur le participant (s'il y a lieu)			
Nom, Prénom	Adresse permanente	# app.	Ville
Province	Code postal	N° de téléphone	
N.A.S.	Sexe	Date de naissance	N° bande
Avez-vous une invalidité ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Adresse courriel	
Si oui, décrire brièvement le genre d'invalidité :			
Avez-vous besoin d'accommodement au travail?			

Les parties conviennent que les activités et les objectifs de formation décrits devront s'effectuer selon l'échéancier de réalisation ci-inclus.	
_____	_____
Signature du promoteur	Date