



## 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'hrs 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"/>							
Totaux							

Pour les organismes à but non-lucratif seulement	
Charges sociales de l'employeur (7 % max.)	Total
CNESST	<input type="text"/> % x <input type="text"/> = <input type="text"/>
Ass. Emploi	<input type="text"/> % x <input type="text"/> = <input type="text"/>
Vacances	<input type="text"/> % x <input type="text"/> = <input type="text"/>
RQAP	<input type="text"/> % x <input type="text"/> = <input type="text"/>
Autres (précisez)	<input type="text"/> % x <input type="text"/> = <input type="text"/>

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"/> Si oui, décrire brièvement le genre d'invalidité : Avez-vous besoin d'accommodement au travail?		Adresse courriel		

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