



## Fonds d'intégration pour les personnes handicapées - FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT

Les renseignements que vous fournissez sur ce formulaire sont recueillis en vertu de l'article 7 de la Loi sur le ministère de l'Emploi et du Développement social aux fins de la détermination de votre admissibilité au programme du Fonds d'intégration pour les personnes handicapées (FI). Le numéro d'assurance sociale (NAS) est recueilli conformément à la Directive du Secrétariat du Conseil du Trésor sur le numéro d'assurance sociale dans laquelle il est mentionné que le Fonds d'intégration pour les personnes handicapées est un utilisateur autorisé du NAS. Le NAS sera utilisé pour déterminer votre admissibilité à participer à ce programme.

La participation au Fonds d'intégration pour les personnes handicapées est volontaire. Le refus de fournir des renseignements fera en sorte que vous ne serez pas admissible à participer. Les renseignements que vous fournissez pourraient être utilisés ou communiqués à des fins d'analyse, de recherche ou d'évaluation. Cependant, les autres utilisations ou divulgations de vos renseignements ne serviront jamais à prendre une décision administrative à votre sujet.

Vos renseignements personnels sont administrés conformément à ce que prévoit la Loi sur le ministère de l'emploi et du Développement social, la Loi sur la protection des renseignements personnels ainsi que d'autres lois applicables. La protection des renseignements personnels et l'accès à ceux-ci constituent un droit, qui est décrit dans le fichier de renseignements personnels EDSC, PPU 300. Les modalités à remplir pour obtenir vos renseignements personnels sont indiquées en ligne à l'adresse suivante : <https://www.tbs-sct.gc.ca/hgw-cgf/oversight-surveillance/atip-aijrp/ai/atipir-dairp-fra.asp>.

### Partie A - Renseignements sur le projet (À remplir par le bénéficiaire de la contribution)

Nom du bénéficiaire de la contribution		Numéro du projet	
<b>Titres d'intervention</b>			
<input type="checkbox"/> Fonds d'intégration - Compétences professionnelles	Date début (aaaa-mm-jj) _____	Date de fin (aaaa-mm-jj) _____	
<input type="checkbox"/> Fonds d'intégration - Aide au travail indépendant	Date début (aaaa-mm-jj) _____	Date de fin (aaaa-mm-jj) _____	
<input type="checkbox"/> Fonds d'intégration - Expérience de travail - Subventions salariales	Date début (aaaa-mm-jj) _____	Date de fin (aaaa-mm-jj) _____	
<input type="checkbox"/> Fonds d'intégration - Expérience de travail - Non-subventionnées	Date début (aaaa-mm-jj) _____	Date de fin (aaaa-mm-jj) _____	
<input type="checkbox"/> Fonds d'intégration - Services améliorés d'aide à l'emploi	Date début (aaaa-mm-jj) _____	Date de fin (aaaa-mm-jj) _____	

### Partie B - Renseignements sur le participant - (À remplir par le participant)

Nom de famille (tel qu'il apparaît sur la carte d'assurance sociale)		Prénom et initiales (tels qu'ils apparaissent sur la carte d'assurance sociale)		Numéro d'assurance sociale	
Courriel					
Adresse permanente				Ville	
Province		Code postal	Numéro de téléphone		Date de naissance (aaaa-mm-jj)
<b>Situation d'emploi avant l'intervention</b>					
<input type="checkbox"/> Employé <input type="checkbox"/> Sans emploi* consulter la définition à la page 2 <input type="checkbox"/> Étudiant					
<b>Admissibilité à l'assurance emploi</b>					
Recevez-vous actuellement des prestations d'assurance emploi?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous reçu des prestations d'assurance emploi au cours des cinq dernières années?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Avez-vous travaillé au cours des 52 dernières semaines?				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Dans l'affirmative, combien d'heures avez-vous travaillé au cours des 52 dernières semaines? _____					
<b>Respectez-vous les critères de base d'admissibilité présentés à la page 2?</b>					
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
<b>Statut de résidence</b>				<b>Langue d'intervention</b>	
<input type="checkbox"/> Citoyen canadien <input type="checkbox"/> Résident permanent <input type="checkbox"/> Réfugié en vertu de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés* consulter la définition à la page 2				<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français	
				<b>Personne handicapée</b> <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<b>Type d'incapacité (pas obligatoire)</b>					
<input type="checkbox"/> Agilité <input type="checkbox"/> Audition <input type="checkbox"/> Santé mentale <input type="checkbox"/> Vue <input type="checkbox"/> Déficience intellectuelle <input type="checkbox"/> Déficience développementale <input type="checkbox"/> Apprentissage <input type="checkbox"/> Motricité <input type="checkbox"/> Élocution <input type="checkbox"/> Autres _____					

### Renseignements sur l'équité en matière d'emploi (Obligatoire)

<b>Sexe</b>		<b>Membre d'une minorité visible</b>		<b>Nouvel immigrant* consulter la définition à la page 2</b>	
<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> Ne préfère pas répondre		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne préfère pas répondre		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne préfère pas répondre	
<b>Groupe autochtone</b>					
<input type="checkbox"/> Inscrit (sur réserve) <input type="checkbox"/> Inscrit (hors réserve) <input type="checkbox"/> Sans statut <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/> Inuit <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> Ne préfère pas répondre					
<b>Niveau d'éducation (Veuillez indiquer le plus haut niveau d'éducation complété par le participant)</b>					
Primaire		Secondaire complétée		Secondaire non-complété	
Post-secondaire non complété (Collège, cegep etc)		Université non-complété (1 an ou plus)		Diplôme universitaire	
<input type="checkbox"/> Ne préfère pas répondre					
_____ (Province)		_____ (Année Complétée)			

### Consentement du participant à la divulgation des renseignements

Je, soussigné, \_\_\_\_\_, autorise \_\_\_\_\_

(Nom du participant)

(bénéficiaire de la contribution)

à divulguer les renseignements contenus dans le présent formulaire au sujet de ma participation au programme du FI. Je reconnais que les renseignements sont recueillis et administrés conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels et aux autres lois qui s'appliquent, et qu'ils pourraient servir à déterminer mon admissibilité aux programmes offerts dans le cadre du FI et être communiqués à EDSC aux fins d'évaluation des programmes et de la reddition de comptes à cet égard. Je comprends qu'il est possible qu'EDSC communique avec moi au sujet de ma participation au programme.

\_\_\_\_\_  
Signature du participant

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

## Partie C - À remplir par le bénéficiaire de la contribution une fois l'intervention terminée

résultat initial suite à la fin de l'entente

Le participant n'a pas terminé l'intervention		Le participant a terminé l'intervention	
<input type="checkbox"/> Incomplet		<input type="checkbox"/> Complétée	
<b>Raisons</b>	<b>Date de fin anticipée</b>	<b>Situation actuelle du participant</b>	<b>Date d'achèvement</b>
<input type="checkbox"/> Abandon	_____	<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant	_____
<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant	Date (aaaa-mm-jj)	<input type="checkbox"/> Sans emploi	Date (aaaa-mm-jj)
<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté		<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuivre ses études	
<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuivre ses études		<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté	
Autre : _____		Autre : _____	
(p.ex. congé de maternité)		(p.ex. congé de maternité)	

Suivi de 12 semaines pour les résultats de « sans emploi », « n'est pas retourné aux études » et « n'a pu être contacté »

Résultats
<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant
<input type="checkbox"/> Sans emploi
<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuivre ses études
<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté
Autres : _____

Suivi de 6 mois \*consulter la définition à la page 3 - Partie C

Résultats
<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant
<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuivre ses études
<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté
Autres : _____

Suivi de 12 mois \*consulter la définition à la page 3 - Partie C

Résultats
<input type="checkbox"/> Employé / travailleur indépendant
<input type="checkbox"/> Retour aux études / poursuivre ses études
<input type="checkbox"/> N'a pu être contacté
Autres : _____

**Pour ce qui concerne l'intervention Expérience de travail non-subsventionnée et/ou travail indépendant, Expérience de travail non-subsventionnée\* consulter la définition à la page 3:**

Classification nationale des professions	Système de classification des industries de l'Amérique du Nord (SCIAN)	Petite ou moyenne entreprise (entre 1 et 499 employés)	Oui	Non
--	--	--	-----	-----

Type d'employeur :

Privé      Public      Sans but lucratif      Autres : \_\_\_\_\_

<b>A l'usage de EDSC seulement</b>	_____	_____	_____
	Date de réception (aaaa-mm-jj)	Date d'entrée de données (aaaa-mm-jj)	Nom

### Fonds d'intégration (FI)

#### Critères d'admissibilité de base

Un participant admissible est une personne qui :

- déclare volontairement avoir une déficience physique ou intellectuelle permanente qui limite sa capacité d'exécuter des activités quotidiennes;
- a légalement le droit de travailler au Canada;
- a besoin d'aide pour se préparer au travail, obtenir un emploi et le conserver ou pour devenir un travailleur indépendant;
- n'est pas admissible à une aide au titre des prestations d'emploi ou d'assurance-emploi ou tout autre programme faisant l'objet d'accords avec les provinces, les territoires ou un organisme et conclus en application de l'article 63 de la Loi sur l'assurance-emploi (à moins qu'un représentant du Ministère ne l'autorise officiellement dans des circonstances exceptionnelles lorsque les programmes comparables à ceux offerts dans le cadre du FI ne soient pas disponibles).

#### Définitions

**Sans emploi** est une personne qui:

- travaille moins de 20 heures par semaine, en moyenne et cherche activement un emploi ou de meilleures possibilités d'emploi; ou
- reçoit un avis de mise à pied imminent; ou
- doit quitter l'emploi actuel pour des raisons de santé.

**Nouvel immigrant** : une personne qui a quitté son pays d'origine (sa patrie) pour un autre pays où il est devenu citoyen et où il réside depuis moins de 5 ans.

**Réfugié** : une personne qui a été forcé de quitter leur pays pour échapper à la guerre, la persécution, ou d'une catastrophe naturelle.

# FORMULAIRE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT – CONSIGNES À L'INTENTION DES BÉNÉFICIAIRES D'UNE ENTENTE DE CONTRIBUTION

Le formulaire de renseignements sur le participant (FRP) sert à recueillir de l'information pour déterminer l'admissibilité d'un participant au Fonds d'intégration pour les personnes handicapées et pour consigner les résultats de sa participation à une activité réalisée dans le cadre du Fonds.

## Partie A : Renseignements sur le projet

La partie A doit être remplie par le bénéficiaire de l'entente de contribution lors du recrutement de chaque participant pour une intervention.

Le « Numéro du projet » est le numéro qui figure sur l'entente de contribution du bénéficiaire.

La section « Titres de l'intervention » doit mentionner le type d'activité à laquelle le participant participera ainsi que les dates de cette activité. Les dates de début et de fin de l'activité doivent être exactes. Si elles devaient changer, vous devrez présenter un formulaire modifié.

## Partie B : Renseignements sur le participant

Le bénéficiaire de l'entente de contribution peut remplir cette section au nom des participants, pour autant que ceux-ci examinent les renseignements inscrits et signent la copie papier du formulaire afin de confirmer qu'ils consentent à ce que ces renseignements soient communiqués à Emploi et Développement social Canada (EDSC). Une copie du formulaire de consentement signé doit être versée dans les dossiers du bénéficiaire de l'entente de contribution, lesquels pourraient faire l'objet d'une vérification au moment du suivi du projet.

Tel qu'il est indiqué au début de cette section, il est obligatoire de fournir les coordonnées et les renseignements personnels du participant. De plus, le nom du participant doit correspondre au nom indiqué sur sa carte d'assurance sociale puisque c'est son numéro d'assurance sociale qui sera utilisé pour vérifier l'admissibilité du participant.

Pour ce qui est de la « Situation d'emploi avant l'intervention », vous trouverez les définitions pertinentes à la page 2 du FRP.

Les sections « Admissibilité à l'assurance-emploi » et « Statut de résident » permettent de vérifier l'admissibilité d'un participant au Fonds d'intégration. Toutes les conditions d'admissibilité de base sont énoncées à la page 2 du FRP.

Dans le cas de la « Langue préférée », il faut préciser la langue officielle de préférence du participant.

**Répondre aux questions portant sur le sexe, l'appartenance à une minorité visible, les personnes handicapées, le groupe autochtone, le niveau d'éducation, et nouvel immigrant est obligatoires, et elles sont demandées aux fins de l'évaluation des programmes.**

Pour que la personne puisse participer à une activité dans le cadre du Fonds d'intégration, le bénéficiaire de l'entente doit répondre « Oui » dans la case « Personne handicapée ».

Il n'est pas obligatoire de remplir la case « Type de handicap », car les participants n'ont pas à révéler leur handicap pour participer au programme du Fonds d'intégration.

Dans le même ordre d'idées, il n'est pas obligatoire de remplir la case « Groupe autochtone ».

Comme mentionné ci-dessus, le participant doit signer et dater le Consentement du participant à la divulgation des renseignements pour confirmer qu'il accepte que les renseignements consignés dans le formulaire soient communiqués aux fonctionnaires d'EDSC.

## Partie C : À remplir par le bénéficiaire de l'entente de contribution

La partie C ne doit être remplie que lorsque le participant a terminé son intervention ou qu'il ne participe plus au projet.

Cette section porte sur les indicateurs clés du Fonds d'intégration, et elle doit être remplie.

Dans le cas où un participant n'a pas terminé son intervention, il faut indiquer la date de fin et les motifs d'abandon.

Dans le cas où un participant a terminé son activité et a trouvé un emploi, il faut indiquer la date d'achèvement de l'intervention.

Si un participant a terminé son intervention, mais n'a pas effectué de retour aux études, ni trouvé d'emploi ou n'a pu être contacté, par la suite, le bénéficiaire de l'entente de contribution doit effectuer un suivi auprès du participant douze semaines après la date d'achèvement de l'intervention pour vérifier si sa situation a changé.

\* Pour les ententes pluriannuels : si un participant a terminé son intervention, est retourné à l'école ou est en emploi, le bénéficiaire de la contribution doit effectuer un suivi avec le participant 6 mois et 12 mois après la fin de l'intervention afin de vérifier si sa situation a changé. Veuillez noter que ces suivis ne doivent être effectués que dans le cadre de la durée de l'entente.

Pour les participants qui ont participé à une activité visée par une subvention salariale, il faut remplir les quatre champs supplémentaires suivants :

- Classification nationale des professions (CNP) – Il s'agit du système national de codification des emplois sur le marché du travail canadien. Vous devez inscrire sur le gabarit le code à quatre chiffres qui décrit le mieux l'emplacement de la subvention salariale/l'intervention aide au travail indépendant du participant. Vous trouverez la liste des codes de la CNP à l'adresse suivante : <http://www5.rhdcc.gc.ca/CNP/Francais/CNP/2011/Bienvenue.aspx>
- Système de classification des industries de l'Amérique du Nord – Il s'agit du secteur visé par la subvention salariale/l'intervention aide au travail indépendant. Vous trouverez les codes à l'adresse suivante : <http://www.statcan.gc.ca/pub/12-501-x/12-501-x2012001-fra.pdf>.
- Il faut aussi indiquer si la subvention salariale a été versée dans le cadre d'une activité auprès d'une petite ou moyenne entreprise (c'est-à-dire une entreprise qui compte de 1 à 499 employés).
- Type d'employeur (secteur privé, public, sans but lucratif ou autre)..