

RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT ET LE RÉFÉRENT PROFESSIONNEL

Veuillez remplir les sections 1 et 2

| Section 1 - Renseignements sur le participant | | | | |
|---|--|---|---|--|
| NAS : | Nom de famille : | | Prénom : | |
| Date de naissance : | Sexe : | Langue parlée : | Région : | |
| Num. civique | Rue | app. | Ville | Code postal |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| Téléphone principal | Téléphone secondaire | Courriel | | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> | | |
| Situation actuelle | | | | |
| <input type="checkbox"/> Sans emploi | <input type="checkbox"/> Aux études | Nombre h/sem.: | | État civil : |
| <input type="checkbox"/> En emploi | Programme et niveau en cours: | | Famille monoparentale : | |
| Nombre h/sem.: | | | | |
| Statut | | | | |
| Lieu de naissance : | Pays : | Minorité visible : | Autochtone | |
| Citoyen Canadien : | Date d'arrivée : | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Oui | |
| Statut d'immigrant : | | <input type="checkbox"/> Non | <input type="checkbox"/> Non | |
| Limitation (s) à l'emploi <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| <input type="checkbox"/> Auditive | <input type="checkbox"/> Autisme - TED | <input type="checkbox"/> Santé mentale | <input type="checkbox"/> Intellectuelle | <input type="checkbox"/> TDA/H |
| <input type="checkbox"/> Motrice | <input type="checkbox"/> Organique | <input type="checkbox"/> Visuelle | <input type="checkbox"/> Langagière | <input type="checkbox"/> Autre : <input type="text"/> |
| Étude | | | | |
| Ordre d'enseignement : | Niveau complété : | | Discipline d'études : <input type="text"/> | |
| Type de prestations | | | | |
| <input type="checkbox"/> Assurance-emploi | <input type="checkbox"/> Aucune | <input type="checkbox"/> Assurance privée | <input type="checkbox"/> Gouvernementales | <input type="checkbox"/> Autre |
| Avez-vous travaillé au cours des 52 dernières semaines? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien d'heures : | | | | |
| Date du dernier emploi occupé : | | | | |
| Êtes-vous actuellement inscrit au Programme objectif emploi du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | | | |
| J'ai pris connaissance du formulaire de Consentement à la communication de renseignements entre le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale et Revenu Québec et je consens à ce que le MTESS et Revenu Québec s'échangent les renseignements personnels me concernant dans le cadre d'une éventuelle participation à un programme de SPHERE ? | | | | |
| <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Date: | | | | |

Protection des renseignements personnels

J'ai été informé que les renseignements ci-dessus sont recueillis pour déterminer l'admissibilité aux programmes disponibles, pour répondre à des besoins de statistiques ainsi qu'à d'autres services gérés par SPHERE. Oui Non

J'autorise SPHERE à transmettre ces informations au ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale pour l'évaluation du ou des programme(s). Oui Non

J'autorise SPHERE, dans le cadre du présent projet, à utiliser ces renseignements ou toute autre information utile auprès de tout intervenant pertinent à la réalisation de mon plan d'intervention. SPHERE s'engage à assurer la confidentialité des informations recueillies sur ce formulaire. Oui Non

Signature du participant

Date

Section 2 - Renseignements sur le référent professionnel

Après avoir vérifié l'admissibilité, votre agent de projets communiquera avec vous afin de vous informer du résultat. Le délai maximal de traitement est de 10 jours. Attention : l'admissibilité aux services de SPHERE ne constitue pas une acceptation de projet. C'est donc uniquement à l'approbation finale et écrite de l'octroi de financement par votre agent de projets qu'une réponse positive peut être donnée à un participant.

| Nom | Téléphone | Courriel |
|-----|-----------|----------|
|-----|-----------|----------|

Initiative Personnes handicapées vers l'emploi (PHVE)

Ce formulaire s'adresse à vous si vous bénéficiez, par l'intermédiaire d'un organisme, de l'initiative Personnes handicapées vers l'emploi (PHVE).

Aux fins de suivi de la performance et d'évaluation de l'initiative PHVE, le ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale souhaite que Revenu Québec lui communique certains renseignements concernant vos revenus qui sont inscrits dans votre dossier fiscal. La communication de renseignements sera faite de façon confidentielle par les deux organismes.

- Les renseignements transmis par le Ministère à Revenu Québec lui serviront uniquement à repérer votre dossier fiscal et les renseignements demandés.
- Le Ministère utilisera les renseignements transmis par Revenu Québec aux fins d'évaluation et de suivi de la performance de l'initiative PHVE.

Renseignements personnels transmis par le Ministère à Revenu Québec

- Vos prénom et nom de famille
- Votre adresse complète
- Votre numéro de téléphone
- Votre date de naissance
- Votre numéro d'assurance sociale

Renseignements tirés de votre dossier fiscal transmis par Revenu Québec au Ministère

- Revenus d'emploi (ligne 101)
- Correction des revenus d'emploi (ligne 105)
- Autres revenus d'emploi (ligne 107)
- Prestations assurance-emploi (ligne 111)
- Revenus d'entreprise (ligne 164)
- Revenu total (ligne 199)

Le formulaire dûment rempli et signé sera conservé par l'organisme responsable du projet auquel vous participez jusqu'à la fin de votre participation. Ensuite, il sera transmis au Ministère et conservé par ce dernier pour une période ne pouvant excéder six ans suivant la fin de votre participation.

Le fait de refuser la communication de renseignements n'a pas d'incidence sur votre admissibilité au projet subventionné dans le cadre de l'initiative PHVE.

Votre signature est nécessaire pour informer le Ministère et Revenu Québec que vous consentez à ce qu'ils se communiquent des renseignements. Si vous consentez à la communication de renseignements, vous pouvez par la suite, en tout temps, révoquer votre consentement en faisant parvenir un écrit à l'organisme spécialisé en employabilité qui effectue le suivi relatif à votre participation. Celui-ci informera le Ministère de votre décision en inscrivant une note à votre dossier. La révocation de votre consentement n'aura pas d'incidence sur votre participation.

Je consens à ce que le Ministère et Revenu Québec se communiquent, aux fins mentionnées précédemment, les renseignements me concernant précisés ci-dessus. Les renseignements pourront uniquement se rapporter aux cinq années civiles suivant la fin de ma participation, laquelle est prévue à cette date : _____.

Nom de famille et prénom (en caractères d'imprimerie) : _____

Date : _____

Signature : _____