

- ☐ Subvention salariale
- ☐ Programme d'aide à l'intégration des immigrants et des minorités visibles en emploi (PRIIME)
- ☐ Programme d'aide à l'intégration en emploi des membres des Premières Nations et des Inuits (PAIPNI)

Notes – N'inscrivez rien dans les zones grises.
– Si vous manquez d'espace, annexe une feuille.

1. Identification de l'employeur

Nom (raison sociale)

Numéro de partenaire

Nom légal (si différent)

Adresse

Numéro

Appartement

Rue, rang ou case postale

Ville, village ou municipalité

Code postal

Courriel

Téléphone d'affaires

Ind. rég.

Numéro

Poste

Télécopieur

Ind. rég.

Numéro

Responsable de la demande

Nom de famille et prénom

Fonction

Ind. rég.

Téléphone

Nombre de salariés

Copie de la charte

☐ ci-jointe

☐ déjà fournie

☐ sans objet

N° d'entreprise du Québec (NEQ)

Date d'entrée en opération

Année

Mois

Jour

Profil de l'organisme ou de l'entreprise
(domaines d'activités, produits ou services offerts)

2. Description des activités

Lieu de déroulement du projet

Numéro du projet

Durée prévue du projet

2.1

Décrivez brièvement les objectifs visés et les services offerts.

2.2

Pécisez la nature des postes ou expériences de travail demandés de même que les compétences recherchées, le salaire prévu, la durée de l'emploi, etc. Joindre une description des postes.

2.3

Décrivez brièvement le type d'encadrement (ratio personnel d'encadrement, fréquence du suivi) prévu pour les participants.

2.4

Avez-vous effectué d'autres démarches pour vous procurer du financement ou pour compléter le financement demandé ?

☐ Oui

☐ Non

Si oui, lesquelles :

2.5

Autres renseignements pertinents.

3. Postes demandés

Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Titre du poste			Description		Date de début Année Mois Jour			Date de fin Année Mois Jour		
N ^{bre} de postes 	N ^{bre} de semaines 	N ^{bre} d'heures/sem. 	Taux horaire brut \$	CNP 	Total demandé \$			Période de paie Hebdomadaire ☐ Bimensuelle ☐ Mensuelle ☐		
Nombre total de postes demandés			Subvention totale demandée		\$			Charges sociales %		

4. Déclaration

* Copie de la résolution de l'employeur jointe. ☐

Je déclare que les renseignements fournis sont véridiques et complets et que la subvention ne sera pas utilisée pour le remplacement d'employés en poste.

Date

Signataire dûment autorisé *

Fonction

5. Résultat de l'analyse

☐ Projet refusé

Número du projet

Número de partenaire

☐ Projet accepté

| |

| |

Justifications et conditions

Date

Signature de la personne responsable de l'analyse