



Programme de soutien de la formation

Trousse de demande



(Cette page couverture doit accompagner la demande)

Cette demande sert à fournir à Amber Education Services Ltd. les renseignements nécessaires pour évaluer votre demande de formation. **Nous avons besoin d'une copie de votre Plan de retour au travail qui montre qu'Amber Education Services Ltd. est la prochaine étape de ce plan. Nous vous recommandons de faire examiner la demande préliminaire avant de présenter votre demande.**

Note: Le Programme de soutien de la formation (PSF) a pour but d'aider les personnes admissibles à retourner sur le marché du travail et à trouver un emploi durable de la façon la plus directe. Amber Education Services Ltd. doit confirmer qu'il y a une grande probabilité que la formation proposée mènera à un emploi, d'après l'information sur le marché du travail.

- Si vous désirez obtenir plus de renseignements sur le programme, Amber Education Services Ltd. offre régulièrement des séances d'information aux endroits suivants : Downtown Victoria, Colwood, Sooke, Saanich, Sidney, Salt Spring Island, Nanaimo, Duncan, Parksville, Ladysmith et Lake Cowichan. Pour connaître les dates et les heures des séances, communiquez avec le Centre de ressources en emploi de votre région. Ces renseignements se trouvent aussi à www.ambered.com.
- Si vous avez des questions au sujet de la trousse de demande, Amber Education Services Ltd. offre les services d'un conseiller du PSF pour vous aider à remplir la demande. Communiquez avec l'un de nos bureaux pour fixer un rendez-vous. L'adresse de courriel du bureau de Duncan est applicationadvisorcowichan@ambered.com, et celle du bureau de Nanaimo est applicationadvisornanaimo@ambered.com, et celle du bureau de Victoria est applicationadvisorvictoria@ambered.com.
- Une aide financière est offerte aux travailleurs sans emploi admissibles, selon une formule de partage des frais. Cette aide est destinée aux personnes qui ont besoin de formation, mais qui n'ont pas les moyens de l'obtenir sans un tel soutien.
- À la page 9, on vous demande d'indiquer votre contribution financière, que ce soit en argent ou en nature. « En nature » veut dire une contribution autre qu'en argent. Par exemple, si vous avez besoin de faire garder vos enfants et que quelqu'un s'occupe d'eux gratuitement, cela est une contribution « en nature ». Si vous recevez des prestations d'assurance-emploi, ne les inscrivez pas comme une contribution en argent.
- L'aide financière reçue dans le cadre du PSF doit être déclarée comme un revenu aux fins de l'impôt. Amber Education Services Ltd. déduira certaines sommes de votre aide financière pour l'impôt sur le revenu.
- La formation demandée ne peut débuter tant que votre demande n'a pas été approuvée par Amber Education Services Ltd. Une lettre d'admission inconditionnelle doit accompagner votre demande.
- S'il y a des conditions à remplir pour obtenir la formation ou l'emploi prévu (p. ex. diplôme de fin d'études secondaires ou l'équivalent, permis de conduire, examen médical, vérification de casier judiciaire, etc.), une copie du document doit accompagner votre demande.
- Tout problème de crédit non résolu peut entraîner le rejet de votre demande, en raison du degré de risque inacceptable que cela présenterait pour le PSF.
- Selon l'entente entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et Amber Education Services Ltd., les renseignements personnels fournis dans la demande, relativement à l'entente, seront communiqués au gouvernement de la Colombie-Britannique.
- Conformément à la *Personal Information Protection Act*, nous allons demander et conserver une copie d'une pièce d'identité avec photo pour vérifier l'adresse indiquée dans la demande et pour confirmer l'identité du demandeur/participant au PSF.
- Conformément à la *Personal Information Protection Act*, les renseignements recueillis serviront à évaluer la demande de formation et à vérifier si le demandeur remplit les conditions requises pour être reconnu comme un participant assuré admissible. Une copie de notre politique à ce sujet peut être obtenue de notre bureau ou sur notre site Web, www.ambered.com. En signant ce formulaire, vous donnez un consentement pour vos renseignements personnels soient recueillis, utilisés et divulgués entre les bureaux de l'Amber Education Services Ltd et le ministère du Logement et du Développement social - Emploi et du Travail Market Services Division.

Nous vous remercions de votre intérêt pour le programme.

Signature du demandeur

Date



PROGRAMME DE SOUTIEN DE LA FORMATION

Fiche d'information sur l'aide financière et l'impôt
à l'intention des clients

Amber Education Services Ltd. offre le Programme de soutien de la formation en vertu d'une entente avec le gouvernement de la Colombie-Britannique. Selon cette entente, Amber Education Services Ltd. doit déduire l'impôt sur le revenu de l'aide financière accordée aux participants au Programme de soutien de la formation. Les sommes déduites sont remises à l'Agence du revenu du Canada.

L'aide financière reçue dans le cadre du Programme de soutien de la formation est considérée comme un revenu imposable pour l'année où elle est reçue. Un feuillet T4E sera remis aux participants pour leur déclaration de revenus.

- Amber Education Services Ltd se déduire un montant pour l'impôt sur le revenu de l'argent prévu pour la formation. Le montant retenu pour l'impôt sur le revenu est un pourcentage basé sur les informations saisies sur le retour crédits d'impôt personnels (TD1 et TD1BC). Cependant, aucune déduction ne sera prélevé pour les frais de scolarité, de l'aide pour la garde de personnes à charge et les montants déductibles d'impôt pour personnes handicapées, parce que les crédits d'impôt peuvent être réclamé pour compenser l'impôt sur le revenu payable sur ces montants.
- Les établissements de formation admissibles peuvent délivrer un reçu officiel pouvant servir à obtenir un crédit d'impôt pour frais de scolarité. Cependant, ce reçu vise seulement la formation suivie durant cette année d'imposition. Les participants voudront peut-être payer seulement les frais de scolarité qui s'appliquent à la formation suivie durant cette année.
- Si vous recevez actuellement des paiements dans le cadre de la Prestation fiscale pour enfants et/ou du crédit pour Taxe sur les produits et services, il se peut que l'aide financière reçue du Programme de soutien de la formation ait un effet sur ces paiements.

Un exemple, si le pourcentage déduit de l'impôt sur le revenu était de 10%			
Article	Montant demandé (C)	Impôt de 10 % retenu à la source (D)	Montant reçu du PSF (C) - (D)
Frais de scolarité	\$ 3,000.00		\$ 3,000.00
Matériel de cours	\$ 100.00	\$ 10.00	\$ 90.00
Transport	\$ 160.00	\$ 16.00	\$ 144.00
Manuels	\$ 500.00	\$ 50.00	\$ 450.00
Soutien aux personnes handicapées	\$ 200.00		\$ 200.00
Garde de personnes à charge (270 \$/mois x 10 mois)	\$ 2,700.00		\$ 2,700.00
Frais de subsistance (900 \$/mois x 10 mois)	\$ 9,000.00	\$ 900.00	\$ 8,100.00
Totaux :	\$ 15,660.00	\$ 976.00	\$ 14,684.00

Note au sujet de cet exemple :

- *Le demandeur a demandé un total de 15 660 \$ et les chèques qu'il recevra totaliseront 14 684 \$.*
- *Le participant doit contribuer un montant égal à la retenue d'impôt à la source de 10 % pour payer le reste des frais du matériel de cours, des manuels, etc.*

Je certifie que j'ai lu et que je comprends l'information sur l'impôt et les conséquences fiscales décrites ci-haut.

Signature du demandeur

Date



Trousse de demande du Programme de soutien de la formation

AES DOS

Renseignements personnels

Nom de famille:		Prénom:		Deuxième prénom:		N° d'assurance sociale:	
Date de naissance: Jour / Mois / Année	Âge:	Sexe:		État civil:		Union libre	
		<input type="checkbox"/> Homme	<input type="checkbox"/> Femme	<input type="checkbox"/> Célibataire	<input type="checkbox"/> Marié(e)	<input type="checkbox"/> Divorcé(e)	<input type="checkbox"/> Séparé(e)
Home Address:				City:			
Code postal:		Adresse postale (si différente):					
Numéro de téléphone à domicile: () ()				<input type="checkbox"/> Numéro de cellulaire: <input type="checkbox"/> Autre numéro de téléphone: () ()			
Adresse de courriel:				N° de téléphone à appeler en cas d'urgence:			
Langue préférée:				Citoyenneté:			
Parlée: <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		Écrite: <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français		<input type="checkbox"/> Citoyen canadien		<input type="checkbox"/> Résident permanent	

Renseignements additionnels - FACULTATIF

Vous décririez-vous comme étant:		Avez-vous un handicap?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Inuit	<input type="checkbox"/> Métis	<input type="checkbox"/> Non inscrit	<input type="checkbox"/> Parole	<input type="checkbox"/> Vue	<input type="checkbox"/> Ouïe
<input type="checkbox"/> Autochtone inscrit - sur réserve	<input type="checkbox"/> Autochtone inscrit - hors réserve	<input type="checkbox"/> Apprentissage	<input type="checkbox"/> Santé mentale	<input type="checkbox"/> Agilité	<input type="checkbox"/> Motricité
		<input type="checkbox"/> Autre _____			
Vous considérez-vous comme une personne appartenant à un <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					

Détails du cours

Nom du cours:	
Établissement de formation:	
<input type="checkbox"/> Public: <input type="checkbox"/> Privé: <input type="checkbox"/> Exempté Si privé, code du PCTIA: _____	
Date de début: (selon lettre d'admission de l'établissement) _____ Jour / Mois / Année	Date de fin: (y compris dates des examens) _____ Jour / Mois / Année

Si une formation additionnelle est requise, fournir les détails des autres cours.

Nom du cours:	
Établissement de formation:	
<input type="checkbox"/> Public: <input type="checkbox"/> Privé: <input type="checkbox"/> Exempté Si privé, code du PCTIA: _____	
Date de début: (selon lettre d'admission de l'établissement) _____ Jour / Mois / Année	Date de fin: (y compris dates des examens) _____ Jour / Mois / Année

Nom du cours:	
Établissement de formation:	
<input type="checkbox"/> Public: <input type="checkbox"/> Privé: <input type="checkbox"/> Exempté Si privé, code du PCTIA: _____	
Date de début: (selon lettre d'admission de l'établissement) _____ Jour / Mois / Année	Date de fin: (y compris dates des examens) _____ Jour / Mois / Année

Évaluation de l'admissibilité du client

Recevez-vous actuellement des prestations d'assurance-emploi (a.-e.)? Oui Non

Si oui:

- Préciser le type: Ordinaires Maternité/Parentales Maladie Compassion
- Avez-vous travaillé depuis le début de vos prestations d'a.-e.? Oui Non

Si non:

- Avez-vous récemment fait une demande de prestations d'a.-e.? Oui Non

Avez-vous reçu des prestations d'a.-e. au cours des 36 derniers mois (3 ans)? **OU** Avez-vous reçu des prestations de maternité/parentales au cours des 60 derniers mois (5 ans)? Oui Non

Avez-vous un numéro d'apprentissage? Oui Non

Recevez-vous actuellement une aide à l'emploi provinciale? Oui Non

()

Bureau

Personne-ressource

Numéro de téléphone

Avez-vous reçu des fonds dans le cadre d'anciens programmes de Service Canada? Oui Non

Si oui, fournir les détails:

Avez-vous fait une demande OU avez-vous l'intention de faire une demande dans le cadre de la Fiducie pour le développement des collectivités - Frais de scolarité (travailleur forestier - 5000 \$)? Oui Non

Avez-vous fait une demande de prêt d'études canadien pour aider à payer les frais de scolarité? Oui Non

Si oui, votre demande de prêt d'études canadien a-t-elle été approuvée? Oui Non

Si oui, avez-vous utilisé des fonds de ce prêt d'études canadien? Oui Non

Avez-vous une dette envers le gouvernement du Canada? Oui Non

Si oui, préciser:

A.-E. \$ _____ Pénalités \$ _____ Impôt sur le revenu \$ _____

TPS \$ _____ Prêt d'études canadien \$ _____ Allocations de formation \$ _____

Antécédents scolaires

Plus haut niveau de scolarité atteint (encercler) 8 9 10 11 12

Province: _____

En quelle année? _____

Pays: _____

Éducation postsecondaire

Cours/Programme	Début (env.)	Fin (env.)	Terminé?	Province, pays
Cours: _____ Établissement: _____ Attestation: _____	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cours: _____ Établissement: _____ Attestation: _____	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cours: _____ Établissement: _____ Attestation: _____	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Recherche d'emploi et antécédents de travail

(1) Avez-vous actuellement un emploi ou un travail indépendant? Oui Non

Si oui:

- Nombre d'heures par semaine _____ Temps plein Temps partiel Sur demande
- Quel est votre taux de salaire brut habituel? \$ _____ par: Heure Semaine Mois Année
- Quelle(s) est (sont) votre (vos) profession(s) principale(s)? _____
- Votre profession est-elle saisonnière? Oui Non Si oui, durant quels mois travaillez-vous habituellement? _____
- Vous attendez-vous d'être licencié? Oui Non Si oui, fournir une copie de l'avis de licenciement. _____
- Vous attendez-vous d'être rappelé au travail? Oui Non
- Les heures de formation prévues sont-elles compatibles avec vos heures de travail prévues? Oui Non

(2) Quel(s) genre(s) d'emploi avez-vous cherché? (S'il vous faut plus d'espace, joindre une page séparée.)

(3) Dans quelle région géographique avez-vous cherché de l'emploi?

(4) Quand avez-vous commencé à faire une recherche active d'emploi?

(5) Pourrez-vous fournir une liste de vos démarches de recherche d'emploi si on vous le demande? Oui Non

(6) Cherchez-vous à changer de carrière? Oui Non

Si oui et si ne pouvez trouver un emploi à cause d'un trouble médical, fournir une lettre d'un médecin attestant que:

- un changement de carrière est nécessaire;
- vous êtes capable de suivre la formation;
- vous êtes apte au travail et capable de participer pleinement à votre domaine d'emploi choisi.

Note: Une lettre d'un médecin fournie au PSF doit être imprimée sur du papier à en-tête du cabinet du médecin et signée et datée par le médecin.

Antécédents d'emploi des cinq dernières années (commencer par le plus récent)

Employeur n° 1		Du	Au
Organisation: _____	<input type="checkbox"/> Temps plein		
Poste: _____	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
Fonctions: _____			
Raison du départ: _____			
Employeur n° 2		Du	Au
Organisation: _____	<input type="checkbox"/> Temps plein		
Poste: _____	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
Fonctions: _____			
Raison du départ: _____			
Employeur n° 3		Du	Au
Organisation: _____	<input type="checkbox"/> Temps plein		
Poste: _____	<input type="checkbox"/> Temps partiel	Jour/Mois/Année	Jour/Mois/Année
Fonctions: _____			
Raison du départ: _____			

Recherche sur les professions et information sur le marché du travail

La recherche sur les professions et l'information sur le marché du travail servent à déterminer si votre formation mènera à un emploi stable ou durable. Veuillez rédiger un sommaire de vos recherches sur le marché du travail et joindre au moins trois annonces d'emploi reliées à cette recherche.

Sommaire de vos connaissances du domaine d'emploi issu d'une recherche indépendante sur les professions qui répond aux questions suivantes:

- Cette profession connaîtra-t-elle une croissance au cours des trois à cinq prochaines années?
- Y a-t-il souvent des emplois disponibles pour ce genre de travail et quelles sont les fonctions de l'emploi?
- Pour quelle(s) profession(s) votre formation vous qualifiera-t-elle?
- Ce poste exige-t-il, par exemple, une vérification de casier judiciaire, un permis de conduire, un examen médical ou un diplôme d'études secondaires? Si oui, avez-vous rempli ces conditions?
- Quel serait le salaire brut ou l'échelle salariale de départ?
- S'agit-il d'un travail à temps plein, à temps partiel, à contrat, saisonnier ou sur demande?
- Quelle formation et/ou quelle expérience particulière l'employeur exige-t-il pour cette profession?

Vous a-t-on offert un emploi à temps plein après la fin de votre formation?

Oui Non

Si oui, joindre une copie signée de l'offre d'emploi sur du papier à en-tête de l'entreprise et s'assurer qu'elle contienne les renseignements suivants:

- une description de l'emploi et la date de début proposée;
- le taux de salaire et le nombre d'heures de travail par semaine;
- le nom et le numéro de téléphone d'une personne à contacter.

Note:

(a) Une recherche sur les professions et de l'information sur le marché du travail seront quand même exigées pour la région où vous allez travailler.

(b) Une offre d'emploi venant de l'établissement où le demandeur a obtenu sa formation ou une offre d'emploi venant d'un membre de la famille du demandeur n'est pas acceptable.

ET

Sur une feuille séparée, fournir au moins trois annonces d'emploi locales récentes qui sont directement reliées à cette profession, ou fournir la même chose pour d'autres régions si vous projetez de déménager.

Questionnaire sur l'éducation

L'information doit montrer que vous avez fait des recherches sur votre choix de formation et que cette formation mènera à une profession ou à une qualification pour laquelle il existe des possibilités d'emploi.

(1) Êtes-vous actuellement aux études? Oui Non

(2)a Étiez-vous aux études à temps plein durant la dernière année scolaire? Oui Non

(2)b Si oui, projetez-vous de retourner aux études lors de la prochaine année scolaire? Oui Non

(3) Avez-vous comparé cette formation (contenu du cours, coûts, facilité des diplômés à trouver de l'emploi) avec d'autres cours semblables offerts par d'autres établissements de formation? Expliquer pourquoi vous avez choisi cet établissement. Oui Non

(4) Quel est le nom et l'adresse de votre établissement de formation choisi?

Nom: _____ Campus: _____

Adresse: _____

Adresse postale, si différente: _____

Personne-ressource: _____ Téléphone: () _____

(5) Vu le nombre de participants dans chaque classe, le nombre de demandes reçues et le nombre d'établissements offrant cette formation, est-ce que les diplômés trouvent de l'emploi dans ce domaine? Quelle est la situation d'emploi des diplômés?

(6) Quels genres d'employeurs/d'industries reconnaissent ce certificat/titre comme étant obligatoire/suffisant pour obtenir un emploi?

(7) Cette formation est-elle à temps plein ou à temps partiel, d'après le programme d'études de l'établissement de formation? Temps plein Temps partiel

(8) Lequel des énoncés suivants décrit le mieux le mode de formation?

Salle de classe (milieu structuré):

• Nombre d'heures de classe par jour/semaine: _____

• Nombre d'heures d'étude par semaine: _____

Éducation à distance (correspondance):

• Pendant combien d'heures par jour êtes-vous censé étudier? _____

• L'école impose-t-elle des échéances pour la remise des devoirs? Oui Non

• Avez-vous le matériel nécessaire pour suivre le cours? Oui Non

• Quelle est la durée de chaque module? Heures/Jours/Semaines _____

Apprentissage à rythme libre (salle de classe non structurée):

• Nombre d'heures de classe exigé par semaine: _____

• Nombre d'heures d'étude par semaine: _____

• Y a-t-il des échéances pour la remise des devoirs? Oui Non

• Avez-vous le matériel nécessaire pour suivre le cours? Oui Non

Questionnaire sur l'éducation (suite)

- (9) Y a-t-il des conditions préalables à remplir pour l'admission au cours? Oui Non
Si oui: Avez-vous rempli les conditions particulières? Oui Non
 Fournir les détails ci-dessous:

- Est-ce que l'une des choses suivantes est exigée pour l'admission au programme et/ou au stage: Oui Non
 Vérification de casier judiciaire Examen médical Permis de conduire 12^e année/EES Autre _____

- (10) Est-ce qu'un stage, un stage clinique ou un préceptorat est *obligatoire* pour achever le cours? Oui Non
Si oui: combien de jours/semaines le stage, le stage clinique ou le préceptorat dure-t-il au total?: _____
 Date de début (jour/mois/année): _____ Date de fin (jour/mois/année): _____

NOTE: Pour que **le stage, le stage clinique ou le préceptorat** soit admissible à l'aide financière, il doit être conforme aux politiques du PSF. Communiquer avec Amber Education Services Ltd. pour obtenir plus de détails.

- (11) Combien de jours/semaines ce cours dure-t-il au total?
 Jours/Semaines: _____ début: _____ Date de fin: _____
Jour/Mois/Année Jour/Mois/Année

- (12) Y aura-t-il des périodes de relâche durant la formation? Oui Non
Si oui: Indiquer les dates: Du: _____ Au: _____
Jour/Mois/Année Jour/Mois/Année

Note: Si vous avez été admis par l'établissement de formation, vous devez fournir une copie de la *lettre d'admission* que vous reçue de cet établissement. Cette lettre doit contenir les renseignements suivants:

- ✓ Date de début et date de fin du cours
- ✓ Titre du cours
- ✓ Ventilation des frais
- ✓ Calendrier de paiement des frais de scolarité
- ✓ Nombre d'heures de formation par semaine
- ✓ Périodes de relâche prévues, s'il en est

- (13) Avez-vous été admis au cours? Oui Non
Si oui: Joindre une copie de la confirmation écrite (lettre d'admission et/ou formule d'inscription sur papier à en-tête)
Si non: Donner la (les) raison(s):

- (14) Quand les frais de scolarité sont-ils exigibles? Date: _____
Jour/Mois/Année

L'établissement accepterait-il qu'on lui livre un chèque fait à votre nom? Oui Non

- (15) Les frais de scolarité peuvent-ils être payés en plusieurs versements? Oui Non
 Si oui, quelles sont les dates d'échéance des versements?

1. _____ 2. _____ 3. _____
Jour/Mois/Année Jour/Mois/Année Jour/Mois/Année

- (16) Est-ce que l'institution donnera une formulaire d'impôt T2202A pour les frais de scolarité? Oui Non

- (17) Un dépôt est-il exigé? Oui Non Si oui, quand est-il exigible? _____
Jour/Mois/Année

Ce dépôt a-t-il déjà été payé? Oui Non

Questionnaire sur l'éducation (suite)

Une fois la formation terminée, indiquer l'emploi (les emplois) pour lequel(s) cette formation vous qualifiera:

Emploi: _____

Échelle salariale: _____

Emploi: _____

Échelle salariale: _____

Nombre total d'heures de travail par semaine: _____

Est-ce un travail: À temps plein À temps partiel À contrat Saisonnier Sur demande Occasionnel

Si ces emplois ne sont pas disponibles localement, seriez-vous prêt à déménager dans une autre région pour trouver du travail après la formation?

Oui Non Si oui, dans quelle région? _____

Renseignements financiers

Les renseignements suivants servent à déterminer le niveau de soutien approprié à fournir dans le cadre du Programme de soutien de la formation.

Avez-vous cherché d'autres sources de financement pour aider à payer votre formation? (prêt bancaire, carte de crédit, bourse d'études, fonds pour Autochtones, 5 000 \$ pour travailleurs forestiers) Oui Non

Combien de personnes à charge y a-t-il dans votre ménage (sauf vous-même)? _____

(Note: Si vous avez besoin d'aide pour la garde de personnes à charge, remplir la formule requise)

Avez-vous un colocataire/locataire/pensionnaire qui partage les dépenses du ménage? Oui Non

Combien de personnes dans votre ménage contribuent aux dépenses de subsistance (sauf vous-même)? _____

(Inclure leur revenu dans votre budget)

Solde d'hypothèque	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Paiement:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.
Solde de prêt bancaire (1)	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Paiement:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.
Solde de prêt bancaire (2)	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Paiement:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.
Solde de carte(s) de crédit	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Paiement:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.
Solde de marge de crédit	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Paiement:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.

Solde total à payer \$

Total des paiements \$

Êtes-vous à jour dans le paiement de vos dettes personnelles? Oui Non

Valeur de ce qui suit:

REER:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.			
Placements:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Épargne:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.
Autres biens:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.	Autre:	\$ _____	<input type="checkbox"/> S.O.

Est-ce que des réclamations quelconques ont été déposées ou sont en instance contre vous? (p. ex. pension alimentaire, ICBC, WCB, procédure de faillite, poursuite en justice) Oui Non

Avez-vous déclaré faillite dans le passé? Oui Non

Si oui, date de libération: _____

Le PSF rembourse les dépenses mensuelles à la fin du mois où ces dépenses ont été engagées.

Êtes-vous en mesure de payer vos dépenses mensuelles et d'être remboursé à la fin du mois? Oui Non

Comment allez-vous payer ces dépenses jusqu'à la fin du mois? _____

Budget			
Revenu net mensuel du ménage		Dépenses de subsistance mensuelles	
Actuel		Actuelles	
Prestations d'a.-e.	\$	Loyer / hypothèque	\$
Prestations d'aide à l'emploi	\$	Frais de subsistance (nourriture, vêtements, etc.)	\$
Revenu de pension	\$	Services publics	\$
Rente d'invalidité	\$	Transport	\$
WCB / Prestations de réadaptation professionnelle	\$	Assurance automobile	\$
Revenu (d'un emploi à temps partiel)	\$	Frais médicaux / dentaires	\$
Revenu du conjoint / partenaire	\$	Paiements de dettes	\$
Subvention pour garde d'enfants	\$	Impôt foncier	\$
Crédit pour TPS	\$	Assurance habitation	\$
Prestation fiscale pour enfants	\$	Assurance locataire	\$
Pension alimentaire pour enfants	\$	Pension alimentaire pour enfants / frais de garde d'enfants	\$
Pension alimentaire pour conjoint	\$	Pension alimentaire pour conjoint	\$
Prêt / bourse d'études	\$	Paiements de location-bail	\$
Revenu d'un locataire/pensionnaire	\$	Autre (préciser):	\$
Fonds pour Autochtones	\$	Autre (préciser):	\$
Autre (préciser):	\$	Autre (préciser):	\$
Autre (préciser):	\$	Autre (préciser):	\$
TOTAL	\$	TOTAL	\$

Changements au budget durant la formation

Après le début de la formation, y aura-t-il des changements à l'une ou l'autre des catégories ci-haut? Oui Non

Si oui, indiquer les changements ci-dessous: **(Dans le cas d'une réduction, indiquer un nombre négatif)**

Changements au revenu net mensuel			Changements aux dépenses de subsistance mensuelles		
Catégorie qui changera	Date du changement		Catégorie qui changera	Date du changement	
Prestations d'a.-e. (fin)	\$		Loyer / hypothèque	\$	
Aide à l'emploi (fin)	\$		Frais de subsistance (nourriture, vêtements, etc.)	\$	
Revenu du conjoint / partenaire	\$		Autre (préciser):	\$	
Autre (préciser):	\$		Autre (préciser):	\$	
Autre (préciser):	\$		Autre (préciser):	\$	
TOTAL	\$		TOTAL	\$	

Êtes-vous financièrement en mesure de payer la retenue requise pour fins d'impôt qui résultera de la participation au Programme de soutien à la formation? Oui Non

Résumé de la demande de soutien

Donner les détails du soutien que vous demandez à Amber Education Services Ltd.

Frais de formation

Article	Montant	Ma contribution		Montant demandé
		En argent	En nature	
Frais de scolarité et autres	\$	\$	\$	\$
Manuels	\$	\$	\$	\$
Matériel de cours	\$	\$	\$	\$
Autre (préciser):	\$	\$	\$	\$
Autre (préciser):	\$	\$	\$	\$
Autre (préciser):	\$	\$	\$	\$
Autre (préciser):	\$	\$	\$	\$
Total partiel des frais de formation:	\$	\$	\$	\$

Frais additionnels

Article	Montant	Ma contribution		Montant demandé
		En argent	En nature	
Frais de subsistance (\$ _____ x _____ mois)	\$	\$	\$	\$
Changements au budget (\$ _____ x _____ mois)	\$	\$	\$	\$
Déplacements entre le domicile et l'école (seulement si vous devez vous déplacer à l'extérieur de (\$ _____ x _____ mois)	\$	\$	\$	\$
Frais de séjour (seulement si vous devez avoir une résidence secondaire) (\$ _____ x _____ mois)	\$	\$	\$	\$
Garde d'enfants (seulement pendant que vous êtes en formation. Remplir la formule sur la garde de personnes à charge.) (\$ _____ x _____ mois)	\$	\$	\$	\$
Autre (préciser):	\$	\$	\$	\$
Total partiel des frais additionnels:	\$	\$	\$	
Total du soutien demandé:				\$

Je certifie que les renseignements fournis sont véridiques, exacts et complets à tous égards et qu'ils serviront à déterminer le montant de soutien approprié dont j'ai besoin pour obtenir la formation requise. Je suis conscient que ces renseignements pourraient être vérifiés par Amber Education Services Ltd. Je suis conscient qu'une action pourrait être intentée contre moi si je fais de fausses déclarations ou si je fournis de faux renseignements qui pourraient entraîner le versement de fonds excédentaires et l'imposition d'une pénalité. Je suis conscient que ma demande pourrait être refusée si je fais de fausses déclarations.

J'autorise Amber Education Services Ltd. à obtenir ou à échanger tout renseignement personnel à mon sujet avec tout agent de renseignements personnels dans le but de déterminer ou de vérifier ma situation financière. J'autorise notamment Amber Education Services Ltd. à obtenir des rapports d'agences d'évaluation du crédit ou d'autres organismes de ce genre.

Avez-vous lu la fiche d'information ci-jointe sur l'aide financière et l'impôt? Oui Non

J'autorise Amber Education Services Ltd. à :

- vérifier les renseignements fournis dans cette demande auprès des parties nommées;
- vérifier les renseignements sur la formation fournis dans cette demande auprès de l'établissement nommé;
- communiquer les renseignements au gouvernement de la Colombie-Britannique, y compris l'admissibilité à l'a.-e.;
- communiquer les résultats aux gestionnaires de dossiers.

Avez-vous des liens de famille ou des relations d'affaires avec les organismes nommés dans votre Plan de retour au travail? Oui Non

Signature du demandeur

Date (Jour/Mois/Année)



Information sur la garde de personnes à charge

Amber Education Services Ltd. a besoin de renseignements sur le fournisseur de services de garde des personnes à charge ainsi que du nom et de la date de naissance des personnes à charge, afin de vérifier le besoin d'aide pour la garde de personnes à charge. Si vous utilisez plus d'un fournisseur, remplir une formule pour chacun d'eux.

DEMANDEUR: _____

RENSEIGNEMENTS SUR LE FOURNISSEUR DE SERVICES DE GARDE DES PERSONNES À CHARGE:

Nom _____

Adresse _____

N° de téléphone _____

Nom de la personne à charge:	Date de naissance	Raison du besoin de garde (s'il ne s'agit pas d'un mineur)
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Note: Un reçu est exigé chaque mois. Le reçu doit montrer le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du fournisseur de services de garde, les montants payés, ainsi que les dates auxquelles les services de garde ont été fournis. Des fonds additionnels seront versés sur présentation des reçus de dépenses.

Y a-t-il un lien personnel ou de famille ou une relation d'affaires entre vous et le fournisseur de services de garde des personnes à charge? Oui Non

Si oui, expliquer votre choix de fournisseur de services et pourquoi vous avez besoin d'aide financière.

Signature

Date



Amber Education Services Ltd. - Financial Status Confirmation

Victoria Office

Ph: (250) 361-0900

Nanaimo Office

Ph: (250) 714-0006

Cowichan Office

Ph: (250) 715-0999

(a) À ÊTRE REMPLI PAR LE CLIENT (écrire en majuscules)

Nom: _____ N.A.S: _____

Adresse: _____

Ville: _____ Code postal: _____

Téléphone: _____ Date de naissance: _____

(jour/mois/année)

Recevez-vous actuellement des prestations d'a.-e.?..... Oui Non

Si oui, préciser le type: Ordinaires Maternité/Parentales Médicales Compassion

a) Vous attendez-vous d'être rappelé au travail par votre ancien employeur? Oui Non

Si oui, date: _____

b) Est-ce qu'une date de retour au travail est indiquée dans votre Oui Non

« Mon dossier Service Canada »? (joindre un imprimé du dossier)

Si non: Avez-vous reçu des prestations d'a.-e. au cours des 36 derniers mois (3 ans) ou des prestations de maternité/parentales au cours des 60 derniers mois (5 ans)? Oui Non

a) Avez-vous fait une demande de prestations d'a.-e. ailleurs au Canada, autre qu'en Colombie-Britannique, au cours des cinq (5) dernières années? Oui Non

Si oui, indiquer dans quelle province ou quel territoire: _____

Date of Application :

(b) TO BE OBTAINED BY AMBER EDUCATION SERVICES LTD.

Insured Participant: Yes No

1. Reachback: Yes No

2. Active Claimant: Yes No

If yes, specify type: Regular Maternity/Parental Medical Compassionate Care

Benefit Start Date: _____

Benefit End Date: _____

_____ (# of weeks) payable as of: _____ (Last Week Paid)

Benefit Rate (\$/week): \$ _____

Insured Participant is eligible for Long Tenured Worker? Yes No

_____ ELMSD Representative

_____ Date

(c) À ÊTRE SIGNÉ PAR LE CLIENT

J'autorise le gouvernement de la Colombie-Britannique à confirmer à Amber Education Services Ltd. que je suis un participant assuré, comme indiqué dans la présente formule, dans le but d'évaluer mon admissibilité au Programme de soutien de la formation. Cette autorisation est valable pour une période de trois mois à compter de la date de la demande.

_____ Signature du demandeur

_____ Date

Liste de vérification de la demande

Veillez vous assurer que les documents suivants sont joints à votre demande:

- Lettre d'admission
- Ventilation des frais de formation
- Information sur le marché du travail
- Pièce d'identité valide avec photo (p. ex. permis de conduire montrant adresse actuelle)
- Preuve de résidence dans la région que nous desservons (si vous avez déménagé récemment)
- Vous avez signé la demande aux quatre endroits exigés:
 - Page couverture
 - Fiche d'information sur l'aide financière et l'impôt
 - Page 9
 - Page de confirmation de la situation financière

- Imprimé de « Mon dossier Service Canada »
 - **Seulement si vous êtes actuellement prestataire d'a.-e.**
 - Aller à: www.servicecanada.gc.ca/fra/enligne/mondsc.shtml
 - Cliquer sur « Accéder à Mon dossier Service Canada »
 - Si vous êtes déjà enregistré, cliquer sur « Ouvrir une session au moyen de l'epass maintenant »
 - Entrer le nom d'utilisateur et le mot de passe et cliquer sur « Ouvrir une session »
 - Cliquer sur « Continuer »
 - Au bas de la page, cliquer sur « J'accepte »
 - Sous « Assurance-emploi », choisir « Voir mon dossier actuel »
 - Vous pouvez maintenant voir et imprimer les détails de votre dossier actuel.

Veillez vérifier si vous devez peut-être fournir aussi les documents suivants:

- Offre d'emploi
- Liste des démarches de recherche d'emploi
- Note d'un médecin
- Liste du matériel de cours
- Permis de conduire/dossier du conducteur
- Vérification de casier judiciaire
- Lettres de confort des créanciers