

# FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

## Formation générale – Études postsecondaires – Formation professionnelle

RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION

**MESURE**

2. Formation et perfectionnement

B1  B2  B3

### TITRE DE LA FORMATION

--

COÛT DE LA FORMATION	COÛT MATÉRIEL ET FOURNITURES	FRAIS D'INSCRIPTION	NBRE HEURES/SEMAINE

DATE DE DÉBUT DE LA FORMATION ➔ _____	DATE DE FIN DE LA FORMATION ➔ _____
---------------------------------------	-------------------------------------

### Décrivez le contenu de la formation

_____ _____ _____
-------------------------

### Quel est votre objectif professionnel/carrière

--

### IDENTIFICATION DE L'ÉTUDIANT

NOM, Prénom	Adresse permanente	# app.	Ville
Province	Code postal	N° de téléphone	
N.A.S.	Sexe F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Date de naissance	N° bande
AVEZ-VOUS UNE INVALIDITÉ? Non <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> SI OUI, DÉCRIRE BRIÈVEMENT LE GENRE D'INVALIDITÉ :		Adresse courriel	

### \*\*\* Dépôt direct \*\*\*

N° de la succursale de votre caisse (C.P. Village Huron = 20464) : \_\_\_\_\_ Folio : \_\_\_\_\_

**Fournir un spécimen de chèque pour le dépôt direct.**

### IDENTIFICATION DE L'INSTITUTION DE FORMATION

NOM DE L'INSTITUTION	Adresse	Ville
Province	Code postal	
Nom de la personne-ressource	N° de télécopieur	N° de téléphone

### SITUATION DE L'ÉTUDIANT

- Étudiant habitant chez un des parents
- Étudiant autonome avec loyer à charge (fournir bail, preuve de résidence avec pièces justificatives)
- Étudiant habitant chez parents prestataires de la sécurité du revenu
- Étudiant avec personne(s) à charge \_\_\_\_\_ ➔  
Si un de vos enfants reçoit des allocations pour ses études veuillez mentionner la provenance : \_\_\_\_\_

### ENFANT(S) À CHARGE

Nom, prénom	Date naissance

Je possède un emploi rémunéré :  Oui  Non ➔ Nombre d'heures par semaine : \_\_\_\_\_

Nom et adresse l'employeur : \_\_\_\_\_

### Inscrire le nom d'une personne à contacter en cas de besoin :

Nom : \_\_\_\_\_ # de téléphone : \_\_\_\_\_ Lien de parenté : \_\_\_\_\_

### Indiquer la source de revenu avant le début de cette formation :

Ass.-emploi  Sécurité revenu  Prêt et bourse d'une instance gov.  Régie des rentes  CSST  Aucune

Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

**DÉCRIRE VOS ANNÉES D'ÉTUDES ET LE(S) DIPLÔME(S) OBTENU(S) / SECONDAIRE, FORMATION PROF.,  
COLLÉGIALE, UNIVERSITAIRE OU AUTRE**

Année scolaire	Établissement	Programme	Diplôme(s) obtenu(s)
			Abandon <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>
			Abandon <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>
			Abandon <input type="checkbox"/> Diplôme obtenu <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/>

**INDIQUER VOS DERNIERS EMPLOIS**

ANNÉE	Nom de l'entreprise / employeur	Titre du poste occupé / fonctions

**ENGAGEMENT DE L'ÉTUDIANT**

Après avoir pris connaissance du programme d'aide aux étudiants de niveau post-secondaire et formation professionnelle :

1. Je m'engage à aviser immédiatement le **Centre de développement de la formation et de la main-d'œuvre (CDFM) huron-wendat** en cas d'abandon temporaire ou total, de dispense (exemption de cours) et/ou de modification du régime d'études ou de tout changement de ma situation personnelle ou celle de mes enfants que je déclare à ma charge, car ceux-ci peuvent modifier l'aide accordée dans le cadre du présent programme.
2. Je m'engage à satisfaire aux exigences scolaires tant de l'établissement d'enseignement post-secondaire ou du centre de formation professionnelle que celle du **CDFM huron-wendat** et à administrer de mon mieux l'aide financière en fonction de la réglementation et des modalités applicables aux programmes d'aide financière du **CDFM huron-wendat**.
3. Je m'engage à rembourser les montants perçus si je n'ai pas fourni les documents demandés.
4. Je m'engage à rembourser en totalité tout montant perçu en trop ou dette exigible envers le **CDFM huron-wendat** et j'autorise ce dernier à retenir les montants requis sur toute somme qu'il me verse jusqu'à paiement complet.
5. Je reconnais que si j'ai une dette envers le **CDFM huron-wendat** et que je n'ai pas d'entente de remboursement ou que je ne respecte plus cette entente, mon dépôt sera retenu.

**DÉCLARATION**

Je déclare (nous déclarons), par la présente, que les renseignements sont à tous les égards, vrais, exacts et complets. Toute fausse déclaration ou omission constitue une infraction grave et peut entraîner l'annulation de la présente demande.

\_\_\_\_\_  
Signature de l'étudiant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature des parents si l'étudiant est mineur

\_\_\_\_\_  
Date

**N.B. : Le genre masculin est utilisé sans aucune discrimination et uniquement dans le but d'alléger le texte.**

**Veillez joindre à cette demande :**

- Copie du certificat de naissance ;
- Copie de la carte de statut indien ;
- Spécimen de chèque ;
- Preuve d'admission ;
- Syllabus du cours ;
- Horaire ;
- Calendrier scolaire ;
- Bail ou preuve de résidence, (avec la preuve de résidence, vous devez fournir une copie d'une des pièces justificatives ou factures suivantes devant porter votre nom et votre adresse tels que : compte d'électricité, de téléphone, permis de conduire, etc.).





## **OBLIGATIONS DU PARTICIPANT**

### **Mesure d'employabilité ou de formation**

Le participant doit informer sa CLPN de tous les types de revenus qu'il reçoit ou qu'il entend recevoir durant la durée de la mesure.

Le participant convient de s'acquitter des tâches décrites dans la description de tâches ou entendues entre les parties. Le participant s'engage à poursuivre les objectifs établis avec son conseiller en emploi.

Le participant s'assure d'entretenir une communication à toutes les quatre (4) semaines avec sa CLPN afin que le conseiller en emploi en assure le suivi et un encadrement adéquat.

Le participant s'engage à respecter toutes les politiques, les procédures, les décisions et les consignes établies par l'employeur.

Le participant a la responsabilité d'informer sa CLPN de tous les changements le concernant et pouvant compromettre la réalisation de la mesure.

**Le participant qui a abandonné sa mesure d'employabilité ou de formation et/ou qui a été congédié sans raison valable devra attendre un an avant d'être admissible de nouveau et ce, à partir de la date à laquelle il a quitté sa mesure.**

\_\_\_\_\_  
*Signature du client*

\_\_\_\_\_  
*Date*

**PROCURATION AUTORISANT À RECUEILLIR DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
(DOCUMENT OBLIGATOIRE À SIGNER)**

Je, \_\_\_\_\_, autorise la Commission locale de la Première Nation (CLPN) huron-wendat à recueillir auprès des autres services du Conseil de la Nation huronne-wendat, institutions ou organismes concernés, publics ou privés toute information, document, copie de document et/ou relevé afin de déterminer mon admissibilité aux mesures d'emploi et de formation et ce, pour toute la période au cours de laquelle je recevrai de l'aide financière en vertu de ce programme.

**Cette autorisation prend fin lorsque j'ai terminé mes études ou lorsque mon admissibilité à ce programme prend fin.**

Les termes et expressions « information, document, copie de document et/ou relevé » visent **notamment** :



Relevés de notes  
Attestation de régime d'études  
Information sur les sources de revenu



Horaire ou choix de cours  
Lettre d'attestation de fin de programme d'études  
Tout autre document pertinent

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Numéro de bande

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent (si l'étudiant est mineur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (si l'étudiant est mineur)

**PROCURATION AUTORISANT À TRANSMETTRE DES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS  
(Document non- obligatoire à signer, renseignements transmis à des organismes d'emploi, etc.)**

Je, \_\_\_\_\_, autorise le la Commission locale de la Première Nation (CLPN) huronne-wendat à communiquer les renseignements personnels recueillis à mon égard afin de déterminer mon admissibilité aux mesures d'emploi et de formation aux autres services du Conseil de la Nation huronne-wendat, institutions ou organismes concernés publics ou privés et ce, pour toute la période au cours de laquelle je recevrai de l'aide financière en vertu de ce programme.

Cette autorisation prend fin lorsque j'ai terminé mes études ou lorsque mon admissibilité à ce programme prend fin.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Date de naissance

\_\_\_\_\_  
Numéro de bande

\_\_\_\_\_  
Nom et prénom du parent (si l'étudiant est mineur)

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du parent (si l'étudiant est mineur)