

## Guide d'information

Tous les renseignements demandés dans ce formulaire sont nécessaires à l'étude de votre demande d'aide financière. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale peut, en tout temps, effectuer des vérifications sans votre consentement, auprès de divers organismes publics ou privés afin de vérifier votre admissibilité à ce programme.

Vous devez lire attentivement la section « Entente sur les modalités et les critères d'admissibilité du programme », puis remplir toutes les sections du formulaire qui vous concernent. Une fois le formulaire rempli et signé, vous devez l'acheminer, avec toutes les pièces justificatives nécessaires, au centre local d'emploi le plus près de chez vous. Par la suite, nous communiquerons avec vous.

Note – Avant de déposer une demande, vous devez vous assurer que le groupe de travailleurs auquel vous appartenez a été reconnu admissible au Programme de soutien pour les travailleurs licenciés collectivement.

### Pièces justificatives à fournir

#### Pièces d'identité

À fournir par vous et votre conjoint.

- Si vous ou votre conjoint êtes né au Canada

**Certificat de naissance canadien\*** Format « abrégé » (format portefeuille) ou « grand format »

\* Au Québec, le certificat de naissance est délivré par le Directeur de l'état civil. Ailleurs au Canada, il est délivré par le Bureau de l'état civil de la province ou du territoire de naissance.

- Si vous ou votre conjoint êtes né à l'extérieur du Canada, un des documents suivants :

- **Document du demandeur d'asile**
- **Visa d'immigrant et fiche relative au droit d'établissement (IMM-1000)**
- **Confirmation de la résidence permanente (IMM-5292 ou IMM-5688)**
- **Autorisation de séjour au Canada**

**et carte d'identité avec photo**

aux fins d'identification seulement. Aucune de ces cartes ou copie ne sera conservée au dossier. (Carte d'assurance maladie, permis de conduire, passeport, carte de résident permanent)

#### Preuve de résidence

À fournir par vous et votre conjoint.

- Si vous êtes propriétaire :

• **Les avis d'imposition** (taxes scolaires et municipales)

- Si vous êtes locataire, chambreur, pensionnaire :

• **Le bail ou les reçus** (L'adresse doit y être inscrite.)

#### Documents relatifs aux revenus

À fournir par vous et votre conjoint, les documents servant à déterminer vos revenus actuels et les revenus que vous avez cessé de recevoir au cours du mois de la demande.

• **Documents liés à vos revenus de travail** : bulletin de paie – relevé de cessation d'emploi

**OU**

• **Documents liés à vos revenus provenant d'organismes gouvernementaux** : preuves de revenus d'assurance-emploi, preuves de revenus provenant de la Régie des rentes autres que le paiement de Soutien aux enfants, preuves de revenus provenant du Régime québécois d'assurance parentale, de la Commission de la santé et de la sécurité du travail, de la Société de l'assurance automobile du Québec, du Régime de pensions du Canada, etc.

**OU**

• **Documents liés à vos autres revenus** : preuves de revenus de chambre et pension, de fonds de pension, de pension alimentaire, etc.

### Notion de conjoint

Aux fins de la présente demande, la notion de **conjoint** se définit comme suit :

*Est considéré comme votre conjoint :*

- la personne qui habite avec vous et avec qui vous êtes marié ou uni civilement;
- la personne qui habite avec vous et qui est l'autre parent d'au moins un de vos enfants;
- la personne majeure, de sexe différent ou de même sexe, qui vit maritalement avec vous et qui, à un moment donné, a habité avec vous pendant une période d'au moins un an.

Note – Pour que le conjoint soit pris en considération dans l'évaluation du dossier, il doit répondre aux points 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9 et 10 de la section « Critères d'admissibilité », à la page suivante.

# Entente sur les modalités et les critères d'admissibilité du programme

## Critères d'admissibilité

Vous devez répondre aux critères suivants pour être admissible au programme, à savoir :

1. être un salarié<sup>1</sup> touché par un licenciement collectif, pour lequel une information a été donnée au ministre de l'Emploi et de la Solidarité sociale, impliquant la mise à pied d'au moins 50 employés d'une même entreprise établie au Québec, au cours d'une période de deux mois consécutifs, en raison de la réduction ou de la cessation d'activités de l'entreprise et dont la durée prévue du licenciement est d'au moins six mois;
  2. ne pas être un salarié qui a fait l'objet d'une mise à pied pour une durée indéterminée et inférieure à six mois, ou qui est en grève ou en lock-out au sens du Code du travail, ou qui a fait l'objet d'une mise à pied par un établissement dont les activités sont saisonnières ou intermittentes;
  3. résider au Québec;
  4. être une personne qui n'est pas un enfant à charge;
  5. être l'une ou l'autre de ces personnes :
    - un citoyen canadien, au sens de la Loi sur la citoyenneté,
    - un Indien inscrit à ce titre aux termes de la Loi sur les Indiens, ou, être, au sens de la Loi sur l'immigration et la protection des réfugiés :
    - un résident permanent,
    - une personne à qui l'asile est conféré au Canada par l'autorité canadienne compétente,
    - une personne qui demande le droit d'asile,
    - une personne qui est visée par une demande de résidence permanente fondée sur des motifs d'ordre humanitaire ou d'intérêt public conformément à cette loi et qui possède un certificat de sélection délivré en vertu de la Loi sur l'immigration du Québec, et dont le conjoint est un citoyen canadien, un Indien inscrit, un résident permanent ou une personne à qui le droit d'asile est conféré.
  6. ne pas être une personne qui est visée par le Programme de la sécurité du revenu du ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada;
  7. ne pas fréquenter un établissement d'enseignement secondaire en formation professionnelle ou postsecondaire, autrement que dans le cadre d'une mesure ou d'un programme d'aide à l'emploi ou d'aide et d'accompagnement social;
  8. ne pas être incarcéré dans un pénitencier, dans un établissement de détention ou dans toute autre prison, ou ne pas être tenu de loger dans un établissement en vue d'une réinsertion sociale, sauf si vous êtes un prévenu tenu de loger en vue de sa réinsertion sociale;
  9. ne pas être membre d'une communauté religieuse qui est en mesure de subvenir aux besoins de ses membres;
  10. ne pas être un adulte hébergé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.
- 
1. Pour l'application du présent programme, n'est pas considéré comme un salarié l'adulte :
    - qui ne justifie pas trois mois de service continu;
    - dont le contrat pour une durée déterminée ou une entreprise déterminée expire;
    - qui a commis une faute grave ou dont le licenciement résulte d'un congédiement.

Note – Les critères 3 à 10 s'appliquent également à votre conjoint.

## Vos obligations

1. Présenter votre demande en utilisant ce formulaire et fournir tout document ou renseignement nécessaire à la vérification de votre admissibilité ou de celle de votre famille et à l'établissement de la prestation.
2. Informer sans délai le centre local d'emploi de tout changement dans votre situation ou celle de votre famille, qui est de nature à influencer sur la prestation accordée.
3. Produire chaque mois, sur le formulaire fourni par le Ministère et pour la date fixée, une déclaration mensuelle de votre situation.
4. Exercer vos droits ou vous prévaloir des avantages dont vous ou votre conjoint pouvez bénéficier en vertu d'une autre loi que la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles, si la réalisation de ces droits et avantages a un effet sur votre admissibilité au programme ou réduit votre prestation.
5. Entreprendre, avec le soutien des services publics d'emploi s'il y a lieu, des démarches adaptées à votre situation en vue d'une intégration à l'emploi et maintenir, pendant la durée d'application du programme, votre disponibilité à occuper un emploi, sauf si vous en êtes incapable en raison de votre état physique ou mental et que votre incapacité est confirmée par un document médical.
6. Ne pas abandonner ou refuser sans motif sérieux un emploi convenable ni le perdre par votre faute de manière à vous rendre ou à rendre votre famille admissible au programme.
7. Rembourser au Ministère, selon les modalités prévues à la présente entente, les montants que vous avez indûment reçus, sauf si ces montants ont été versés en raison d'une erreur administrative que vous ne pouviez raisonnablement constater.

Le non-respect de l'une ou de plusieurs de vos obligations peut avoir comme conséquence le refus de votre demande, la réduction de votre prestation, la fin de votre admissibilité ou la réclamation des sommes versées.

## Versement des prestations

La durée prévue pour ce programme est de 24 mois consécutifs sur une période maximale de trois ans suivant la date du licenciement collectif.

Vous pouvez recevoir de l'aide financière pour le mois où le Ministère reconnaît votre groupe de travailleurs admissible au programme, si votre demande d'aide est reçue au plus tard le dernier jour du mois suivant.

L'évaluation de votre admissibilité s'effectue à la date où votre formulaire dûment rempli et signé est reçu par le centre local d'emploi.

L'aide financière accordée en vertu du programme est versée au début de chaque mois, à moins de circonstances exceptionnelles.

L'aide financière accordée est imposable; aucune retenue à la source n'est effectuée.

## Sommes versées en trop

### Réclamation et recouvrement

Les règles de recouvrement, prévues à la Loi sur l'aide aux personnes et aux familles s'appliquent aux réclamations établies dans le cadre du présent programme, sauf les règles qui visent spécifiquement les programmes d'aide financière de dernier recours.

## Recours

Toute décision rendue dans le cadre de ce programme peut faire l'objet d'une demande de réexamen administratif dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous en avez été avisé. Vous devez faire votre demande par écrit à l'aide du formulaire prévu à cet effet (disponible dans les centres locaux d'emploi).

La décision rendue dans le cadre d'un réexamen administratif est finale et sans appel.

**Toute réclamation** établie dans le cadre du présent programme peut faire l'objet d'une demande de révision dans les 90 jours suivant sa date de réception et, éventuellement, d'un recours au Tribunal administratif du Québec. Vous devez faire votre demande par écrit à l'aide du formulaire prévu à cet effet (disponible dans les centres locaux d'emploi).

**Section 1 – RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE ET SUR L'EMPLOI**

Indiquez le nom de l'entreprise et l'adresse de votre lieu de travail :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Titre de l'emploi occupé :

\_\_\_\_\_

Date de début d'emploi : Année Mois Jour Date de fin d'emploi : Année Mois Jour

Statut de l'emploi :  Permanent  à contrat  sur appel  saisonnier

**ESPACE RÉSERVÉ AU MINISTÈRE**

Date de réception

\_\_\_\_\_

Année Mois Jour

Vérification des pièces d'identité : Date \_\_\_\_\_

Représentant du Ministère : \_\_\_\_\_

Numéro de dossier du travailleur : \_\_\_\_\_

**Section 2 – RENSEIGNEMENTS SUR L'IDENTITÉ**

Avez-vous un conjoint qui vit avec vous? (Voyez la définition à la page 1.)

Oui  Non

Si vous répondez **oui** à cette question, remplissez toutes les sections concernant votre conjoint.

Si vous n'êtes pas marié à ce conjoint ou uni civilement, indiquez la date de début de cette union de fait : Année Mois Jour

Si vous n'êtes pas marié à ce conjoint ou uni civilement et que vous et votre conjoint vivez ensemble depuis moins d'un an, indiquez si vous avez déjà cohabité avec cette personne antérieurement à la date indiquée. Oui Non

Si oui, précisez la période de cohabitation : du Année Mois Jour au Année Mois Jour

Avez-vous un enfant issu de l'union que vous et votre conjoint formez actuellement? Oui Non

	Travailleur	Conjoint
Nom de famille et prénom* <small>* Selon l'acte de naissance ou le document d'immigration.</small>	Nom de famille _____ Prénom _____	Nom de famille _____ Prénom _____
Date de naissance	Année Mois Jour _____ Initiales _____	Année Mois Jour _____ Initiales _____
Sexe	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
Numéro d'assurance sociale	_____ _____	_____ _____
État matrimonial <i>Cochez la case appropriée.</i>	<input type="checkbox"/> 1. Célibataire <input type="checkbox"/> 4. Séparé légalement <input type="checkbox"/> 2. Marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> 5. Séparé sans jugement <input type="checkbox"/> 3. Conjoint survivant <input type="checkbox"/> 6. Divorcé	<input type="checkbox"/> 1. Célibataire <input type="checkbox"/> 4. Séparé légalement <input type="checkbox"/> 2. Marié ou uni civilement <input type="checkbox"/> 5. Séparé sans jugement <input type="checkbox"/> 3. Conjoint survivant <input type="checkbox"/> 6. Divorcé
Si vous êtes conjoint survivant, séparé ou divorcé ou que votre union civile a été dissoute, indiquez la date de cet événement.	Année Mois _____ _____	Année Mois _____ _____
Êtes-vous membre d'une communauté religieuse?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Êtes-vous un adulte hébergé au sens de la Loi sur les services de santé et les services sociaux?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Êtes-vous incarcéré dans un pénitencier, dans un établissement de détention ou toute autre prison ou êtes-vous tenu de loger dans un établissement en vue d'une réinsertion sociale?	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Oui Non <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
Si vous êtes né à l'extérieur du Canada, précisez votre date d'arrivée et votre pays de naissance.	Date d'arrivée _____ Pays de naissance _____	Date d'arrivée _____ Pays de naissance _____
Langue de correspondance désirée	<input type="checkbox"/> 1. Français <input type="checkbox"/> 2. Anglais	<input type="checkbox"/> 1. Français <input type="checkbox"/> 2. Anglais
Vous identifiez-vous comme autochtone (personne d'ascendance inuite ou amérindienne)?	Oui Non Si oui, êtes-vous un : <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. Amérindien vivant sur une réserve? <input type="checkbox"/> 4. Amérindien vivant hors réserve? <input type="checkbox"/> 5. Inuit?	Oui Non Si oui, êtes-vous un : <input type="checkbox"/> 1. <input type="checkbox"/> 2. <input type="checkbox"/> 3. Amérindien vivant sur une réserve? <input type="checkbox"/> 4. Amérindien vivant hors réserve? <input type="checkbox"/> 5. Inuit?
Si vous utilisez habituellement un autre nom que celui apparaissant sur votre certificat de naissance ou si vous vous êtes marié avant le 2 avril 1981 et que vous portez le nom de votre conjoint ou les deux noms combinés, indiquez-le.	Nom de famille _____ Prénom _____	Nom de famille _____ Prénom _____

**Section 3 – RENSEIGNEMENTS SUR LE DOMICILE**

Indiquez l'adresse de votre domicile.

Numéro Rue Appartement

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Ville, village ou municipalité Code postal

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Téléphone (même s'il est confidentiel)

Ind. rég. Numéro Ind. rég. Numéro

Résidence : \_\_\_\_\_ Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Cochez la case qui correspond à l'endroit où vous vivez.

dans votre propriété  en chambre  en centre d'accueil ou en ressource intermédiaire  
 dans un logement  en chambre et pension  dans un établissement en vue d'une réinsertion sociale  
 autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Si vous avez déclaré un conjoint, habite-t-il à la même adresse que vous?

Oui Non Si non, inscrivez la raison et l'adresse :  
   
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**VOUS DEVEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE PAGE.**

**Les revenus d'emploi comprennent :**

le salaire, les pourboires, les commissions, les primes, les allocations servant à des dépenses personnelles et à des dépenses de subsistance.

**Le salaire net est obtenu :**

en déduisant de votre salaire brut les impôts provincial et fédéral sur le revenu, les cotisations à l'assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale, les contributions au Régime de rentes du Québec ou à un régime de retraite obligatoire, les cotisations syndicales.

**Section 4 – REVENUS DU TRAVAILLEUR\***

REVENUS DE TRAVAIL	Recevez-vous		Salaire net*		Semaine 2 semaines Mois		
	Oui	Non	Montant		\$	par	
• des revenus d'emploi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					
• des pourboires?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montant		\$	par	
• des revenus résultant de l'exploitation d'une ferme?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° de producteur agricole	Type de produit vendu	Vente annuelle brute		
• des revenus résultant d'un travail effectué pour votre propre compte?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Nature du travail		Revenu net des 12 derniers mois		
• des revenus provenant de la garde d'enfants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, garde : <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> à l'extérieur de votre domicile		Montant	\$	par
REVENUS D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX	Recevez-vous		Si oui, montant net par semaine :		Si non <input type="checkbox"/> demande en cours depuis le <input type="checkbox"/> prestations épuisées depuis le		
	• des prestations de maternité, des prestations de paternité, des prestations d'adoption ou des prestations parentales du Régime québécois d'assurance parentale ou de l'assurance-emploi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		\$		
	• des prestations d'assurance-emploi (autres)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Montant net		\$	par
	• une allocation d'aide à l'emploi versée par Emploi-Québec ou par la Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• des prestations de la Régie des rentes du Québec (excluant le paiement de Soutien aux enfants)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• des indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• des prestations du Régime de pensions du Canada?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• une pension de la Sécurité de la vieillesse? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• une allocation au conjoint? <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
• une pension ou une allocation aux anciens combattants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par	
• des prestations d'aide sociale du gouvernement fédéral si vous appartenez à l'un des peuples autochtones?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par	
• des prestations provenant d'une autre province, des États-Unis ou d'autres pays?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par	
AUTRES REVENUS	Recevez-vous		N° de chambreurs :				
	• des revenus de chambre ou de pension?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	N° de pensionnaires :		\$	par
	• une pension alimentaire sous forme monétaire ou autre (ex. : logement payé en tout ou en partie)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si autre, précisez :		\$	par
	• des revenus de loyer ou de propriété? (Si oui, fournissez tous les documents servant à établir le revenu net – bail, factures, relevé hypothécaire, taxes scolaires et municipales, assurance incendie, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• des revenus d'un fonds de pension (personnel ou d'un ex-employeur)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			\$	par
	• d'autres revenus, gains et avantages (assurance invalidité, rentes, assurance hypothécaire, réduction du coût du loyer en raison de travaux de conciergerie, etc.), excluant l'aide au logement et la prestation fiscale canadienne pour enfants?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez la source.		\$	par
	Attendez-vous d'autres revenus, gains et avantages (assurances, rentes, etc.)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, précisez la source.		\$	par
Avez-vous cessé de recevoir certains revenus au cours des deux derniers mois?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Si oui, indiquez lesquels et la date du dernier versement.		Année	Mois	Jour

\* Vous devez considérer vos revenus actuels et ceux que vous avez cessé de recevoir au cours du mois de votre demande.

**Section 5 – LIMITATION À L'EMPLOI**

Est-ce que votre état de santé vous permet de travailler?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si vous êtes enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement :	Année	Mois	Jour
---	------------------------------	------------------------------	---	-------	------	------

**Section 6 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE**

Fréquentez-vous actuellement un établissement d'enseignement?  Oui  Non

• Si oui, indiquez l'ordre d'enseignement :  secondaire général  secondaire professionnel  collégial ou universitaire  autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Inscription à temps <input type="checkbox"/> plein <input type="checkbox"/> partiel	Nombre de cours suivis	Nombre d'heures ou de périodes par semaine	Nombre de crédits ou d'unités	Recevez-vous ou comptez-vous recevoir des sommes en provenance d'un régime d'aide financière pour étudiants (prêts et bourses, etc.)? Si oui, précisez la source :	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
---	------------------------	--	-------------------------------	---	------------------------------	------------------------------

• Si non, êtes-vous inscrit ou prévoyez-vous vous inscrire à des cours?  Oui  Non

**Section 7 – AFFIRMATION SOLENNELLE**

Je reconnais que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale m'a dûment informé que des vérifications me concernant peuvent être faites, sans mon consentement, auprès de divers organismes publics ou privés afin de vérifier mon admissibilité.

J'affirme, au même titre que si j'étais sous serment, que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de toute modification à ces renseignements. J'ai pris connaissance de l'entente sur les modalités et les critères d'admissibilité du programme, qui figure à la page 2 de ce formulaire, et je m'engage à respecter mes obligations.

Date \_\_\_\_\_ Signature du travailleur \_\_\_\_\_

RENSEIGNEMENTS SUR VOTRE IDENTITÉ (TRAVAILLEUR)

Nom	Prénom	Numéro d'assurance sociale
-----	--------	----------------------------

VOTRE CONJOINT DOIT RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS DE CETTE PAGE.

Le salaire net est obtenu :

Les revenus d'emploi comprennent :

le salaire, les pourboires, les commissions, les primes, les allocations servant à des dépenses personnelles et à des dépenses de subsistance.

en déduisant de votre salaire brut les impôts provincial et fédéral sur le revenu, les cotisations à l'assurance-emploi et au Régime québécois d'assurance parentale, les contributions au Régime de rentes du Québec ou à un régime de retraite obligatoire, les cotisations syndicales.

Section 8 – REVENUS DU CONJOINT*				Salaire net*		Semaine 2 semaines Mois					
REVENUS DE TRAVAIL	Recevez-vous des revenus d'emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Montant		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des pourboires?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Montant		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des revenus résultant de l'exploitation d'une ferme?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	N° de producteur agricole	Type de produit vendu	Vente annuelle brute \$					
	des revenus résultant d'un travail effectué pour votre propre compte?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nature du travail		Revenu net des 12 derniers mois \$					
REVENUS D'ORGANISMES GOUVERNEMENTAUX	des revenus provenant de la garde d'enfants?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, garde : <input type="checkbox"/> à votre domicile <input type="checkbox"/> à l'extérieur de votre domicile		Montant	\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	des prestations de maternité, des prestations de paternité, des prestations d'adoption ou des prestations parentales du Régime québécois d'assurance parentale ou de l'assurance-emploi?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, montant net par semaine :		\$			Si non <input type="checkbox"/> demande en cours depuis le <input type="checkbox"/> prestations épuisées depuis le		
	des prestations d'assurance-emploi (autres)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Montant net		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	une allocation d'aide à l'emploi versée par Emploi-Québec ou par la Commission de développement des ressources humaines des Premières Nations du Québec?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des prestations de la Commission de la santé et de la sécurité du travail?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des prestations de la Régie des rentes du Québec (excluant le paiement de Soutien aux enfants)?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des indemnités de la Société de l'assurance automobile du Québec?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des prestations du Régime de pensions du Canada?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	une pension de la Sécurité de la vieillesse? une allocation au conjoint?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	une pension ou une allocation aux anciens combattants?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des prestations d'aide sociale du gouvernement fédéral si vous appartenez à l'un des peuples autochtones?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	des prestations provenant d'une autre province, des États-Unis ou d'autres pays?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	AUTRES REVENUS	Recevez-vous des revenus de chambre ou de pension?	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Nbre de chambres : _____ Nbre de pensionnaires : _____		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
une pension alimentaire sous forme monétaire ou autre (ex. : logement payé en tout ou en partie)?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si autre, précisez :		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des revenus de loyer ou de propriété? (Si oui, fournissez tous les documents servant à établir le revenu net – bail, factures, relevé hypothécaire, taxes scolaires et municipales, assurance incendie, etc.)		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
des revenus d'un fonds de pension (personnel ou d'un ex-employeur)?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>			\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
d'autres revenus, gains et avantages (assurance invalidité, rentes, assurance hypothécaire, réduction du coût du loyer en raison de travaux de conciergerie, etc.), excluant l'aide au logement et la prestation fiscale canadienne pour enfants?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez la source. _____		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Attendez-vous d'autres revenus, gains et avantages (assurances, rentes, etc.)?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, précisez la source. _____		\$	par	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Avez-vous cessé de recevoir certains revenus au cours des deux derniers mois?		Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>	Si oui, indiquez lesquels et la date du dernier versement.		Année	Mois	Jour	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

\* Vous devez considérer vos revenus actuels et ceux que vous avez cessé de recevoir au cours du mois de votre demande.

Section 9 – LIMITATION À L'EMPLOI	
Est-ce que votre état de santé vous permet de travailler?	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Si vous êtes enceinte, veuillez indiquer la date prévue de l'accouchement : Année Mois Jour	

Section 10 – FRÉQUENTATION SCOLAIRE						
Fréquentez-vous actuellement un établissement d'enseignement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						
Si oui, indiquez l'ordre d'enseignement : <input type="checkbox"/> secondaire général <input type="checkbox"/> secondaire professionnel <input type="checkbox"/> collégial ou universitaire <input type="checkbox"/> autre (précisez) : _____						
Inscription à temps <input type="checkbox"/> plein <input type="checkbox"/> partiel	Nombre de cours suivis	Nombre d'heures ou de périodes par semaine	Nombre de crédits ou d'unités	Recevez-vous ou comptez-vous recevoir des sommes en provenance d'un régime d'aide financière pour étudiants (prêts et bourses, etc.)? Si oui, précisez la source : _____	Oui <input type="checkbox"/>	Non <input type="checkbox"/>
Si non, êtes-vous inscrit ou prévoyez-vous vous inscrire à des cours? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non						

Section 11 – AFFIRMATION SOLENNELLE	
Je reconnais que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale m'a dûment informé que des vérifications me concernant peuvent être faites, sans mon consentement, auprès de divers organismes publics ou privés afin de vérifier mon admissibilité.	
J'affirme, au même titre que si j'étais sous serment, que les renseignements contenus dans cette demande sont exacts et complets et je m'engage à informer sans délai le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale de toute modification à ces renseignements. J'ai pris connaissance de l'entente sur les modalités et les critères d'admissibilité du programme, qui figure à la page 2 de ce formulaire, et je m'engage à respecter mes obligations.	
Date	Signature du conjoint