

## Inscription de la participante ou du participant du Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences (volet Formation du FDC)

Les champs suivis d'un astérisque (\*) doivent être remplis. Un membre du personnel peut vous aider à remplir ce formulaire.

### Réservé au fournisseur de services

Date d'inscription

### Renseignements sur le ou la participant(e)

Nom de famille\*

Prénom\*

Initiale

Nom préféré

Date de naissance\*

Je m'identifie comme un(e) :\*

Homme

Femme

Genre non binaire

Bispirituel(le)

Une autre identité de genre, précisez

Non divulgué

Vous identifiez-vous comme personne transgenre? (facultatif)

*Le terme « transgenre » est un terme générique qui désigne les personnes dont l'identité, l'expression ou le comportement de genre sont différents de ceux qui sont typiquement associés au sexe qui leur a été attribué à la naissance. Les identités considérées comme appartenant à cette catégorie peuvent inclure les identités trans, transsexuelles, non binaires, au genre fluide, de genre queer — ainsi que bien d'autres.*

Oui

Non

Je me remets en question

Je préfère ne pas répondre

Statut au  
Canada :\*  
:

Citoyen(ne) Canadien(ne)

Résident(e) permanent(e)

Citoyen(ne) Canadien(ne)  
naturalisé

Personnes protégées

Non divulgué

Autre

Si vous avez immigré au Canada, veuillez indiquer :

Pays d'origine

Date d'entrée au Canada

Language de préférence :\*  Anglais  Français

Mode de communication préférée :  Téléphone  Courriel  Courrier

État matrimonial :\*  Marié(e)  Union de fait  Séparé(e)  
 Divorcé(e)  Veuf/ Veuve  Célibataire  Non divulgué

### Adresse et coordonnées du/de la participant(e)

#### Adresse postale principale

App/Bureau Numéro de rue\* Nom de rue\* Boîte postale  
     
Ville\* Province\* Code Postal\*

#### Adresse postale alternative

App/Bureau Numéro de rue Nom de rue Boîte postale  
     
Ville Province Code Postal

#### Numéro de téléphone principal\*

Domicile  Tél. Cellulaire  Autre

Numéro de Téléphone

#### Autre numéro de téléphone

Domicile  Tél. Cellulaire  Autre

Numéro de Téléphone

Courriel

### Renseignements de profil

#### Participation à la population active\*

- Employé(e)
- Autonome
- Employé(e), mais actuellement en congé
- Sans emploi
- Sans emploi et à la recherche d'un emploi
- Sans emploi avec un offre d'emploi
- Sans emploi et sans recherche d'emploi
- Sans emploi et incapable de travailler
- Fréquente une école (niveau élémentaire, niveau secondaire ou équivalent)
- Fréquente une université

- Fréquente un collège
- Inscrit à un programme d'apprentissage
- Dans un autre programme de formation ou de développement des compétences
- Incertain(e)
- Non divulgué

### Source de revenu\*

- Assurance-emploi (AE)\*
- Ontario au travail (OT)
- Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées (POSPH)
- Indemnité prolongée de soins et de subsistance - pupille de la Couronne
- Personne à charge d'un(e) prestataire d'OT ou du POSPH
- Aucun Revenu
- Employé avec l'employeur
- Autonome
- Non-AE (autre)
- Autre, précisez

**\*Remarque pour les personnes qui ont choisi l'AE:** Votre numéro d'assurance sociale sera utilisé par le Canada pour aider à surveiller et évaluer le programme d'assurance-emploi et le fournisseur de services pour demander l'autorisation de continuer à recevoir des prestations d'assurance-emploi régulières afin de participer à des programmes de formation et à d'autres activités d'emploi.

Numéro d'assurance sociale\*

Veuillez remplir cette section si vous souhaitez vous identifier comme membre d'un groupe désigné. Vous êtes entièrement libre de répondre ou non à cette question : votre réponse n'aura pas d'incidence sur votre admissibilité. Ces renseignements seront utilisés par les gouvernements de l'Ontario et du Canada à des fins statistiques et d'analyse des politiques relatives aux programmes et aux services d'emploi. (Vous pouvez sélectionner plusieurs options) :

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Nouvel(le) arrivant(e) | <input type="checkbox"/> Francophone                         | <input type="checkbox"/> Membre d'une Première nation |
| <input type="checkbox"/> Personne racialisée    | <input type="checkbox"/> Personne handicapée                 | <input type="checkbox"/> Métis(se)                    |
| <input type="checkbox"/> Vétérant               | <input type="checkbox"/> Inuit(e)                            | <input type="checkbox"/> Femme                        |
| <input type="checkbox"/> Les Jeunes             | <input type="checkbox"/> Impliqué dans le système judiciaire | <input type="checkbox"/> Immigrant                    |
| <input type="checkbox"/> Non divulgué           |  |   |

### Éducation

**Indiquez votre plus haut niveau d'éducation/qualification :\***

- |   |  |  |
|---|--|--|
| <input type="radio"/> 0 à 8 <sup>e</sup> année              | <input type="radio"/> CPO                        | <input type="radio"/> Baccalauréat                                     |
| <input type="radio"/> 9 <sup>e</sup> année                  | <input type="radio"/> Certificat d'apprentissage | <input type="radio"/> Études de 2 <sup>e</sup> ou 3 <sup>e</sup> cycle |
| <input type="radio"/> 10 <sup>e</sup> année                 | <input type="radio"/> Compagne/Compagnon         | <input type="radio"/> Autre  |
| <input type="radio"/> 11 <sup>e</sup> année                 | <input type="radio"/> Certificat/Diplôme         |  |
| <input type="radio"/> 12 <sup>e</sup> année (ou équivalent) |  |  |

## Expérience de travail

Veillez indiquer votre expérience de travail. N'oubliez pas vos activités de bénévolat. Commencez par l'activité de bénévolat ou l'emploi le plus récent.

### Expérience de travail

Type d'emploi :  Rémunéré  Autonome  Non rémunéré  Bénévole

Nom de l'employeur

Titre/tâches

Date de début d'emploi  Date de fin d'emploi

Pays d'emploi

Méthode préférée de déclaration du salaire :

Horaire  Hebdomadaire  Bihebdomadaire  Mensuel  Annuel

Montant du salaire\*

Salaire horaire (incluant les pourboires et les commissions)\*

Nombre moyen d'heures rémunérées par semaine (excluant les heures supplémentaires)\*

Raison du départ

Réservé au fournisseur de services CNP\*

Code  
SCIAN\*

### Expérience de travail supplémentaire (le cas échéant)

Type d'emploi :  Rémunéré  Autonome  Non rémunéré  Bénévole

Nom de l'employeur

Titre/tâches

Date de début d'emploi  Date de fin d'emploi

Pays d'emploi

Méthode préférée de déclaration du salaire :

Horaire  Hebdomadaire  Bihebdomadaire  Mensuel  Annuel

Montant du salaire\*

Salaire horaire (incluant les pourboires et les commissions)\*

Nombre moyen d'heures rémunérées par semaine (excluant les heures supplémentaires)\*

Raison du départ

**Réservé au fournisseur de services CNP\***

Code  
SCIAN\*

## Avis de collecte de renseignements et déclaration de consentement

Les organisations offrant le programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences à une entente conclue avec le ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences (le ministère) doit avoir les registres disponibles au ministère à des fins d'inspection, d'enquête ou de vérification.

Pour les organisations qui ont conclu une entente de partenariat avec un organisme responsable veuillez noter que cet organisme responsable a conclu une entente avec le ministère. Conformément à l'entente de partenariat, vos renseignements seront communiqués à l'organisme responsable, qui communiquera ensuite vos renseignements au ministère. Aux termes de l'entente de partenariat, votre organisation doit avoir les registres disponibles à l'organisme responsable, qui communiquera vos renseignements au ministère à des fins d'inspection, d'enquête ou de vérification.

De plus, votre organisation/ organisme responsable dans un consortium doit fournir des rapports au ministère en ce qui a trait :

- au service qu'il adapte pour vous et qu'il vous offre;
- à vos progrès et résultats en matière d'emploi;
- à votre satisfaction à l'égard des services que vous recevez.

Le ministère recueillera également des renseignements personnels pertinents vous concernant auprès du gouvernement du Canada (Canada), au besoin, dans le but de déterminer votre admissibilité à des prestations d'assurance-emploi ainsi que la nature et le niveau des prestations et dans le but de surveiller, d'estimer et d'évaluer l'efficacité du programme Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences. Selon le type de service ou de soutien que vous recevez et les incitatifs qui s'offrent à votre employeur pour vous embaucher, le ministère peut aussi recueillir des renseignements personnels vous concernant auprès de votre employeur.

Le ministère peut faire appel aux services d'entrepreneurs et de vérificateurs dans le but d'administrer et de financer le programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences.

L'administration comprend ce qui suit :

- L'évaluation du rendement de votre organisation son efficacité, son efficience et ses résultats au chapitre du service à la clientèle; la surveillance, l'inspection, l'enquête, la vérification et la prise de mesures pour assurer le respect par votre organisme de son entente avec le ministère.
- La planification, l'évaluation et la surveillance du programme Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences - ce qui comprend les enquêtes, les analyses statistiques et des politiques ainsi que les recherches sur tous les aspects du programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences. Vous pourriez être invité à participer bénévolement à la réalisation d'enquêtes.
- La promotion du programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences - vous pourriez être invité à participer bénévolement à la tenue de campagnes de relations publiques liées au programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences.

Si vous êtes un client ou faites une demande dans le cadre du Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées ou du programme Ontario au travail, le ministère transmettra vos renseignements personnels au ministère des Services à l'enfance, et des Services sociaux et communautaires (MSESC) aux fins de l'administration des services d'emploi et de la gestion de la participation des clients du MSESC aux programmes de soutien à l'emploi aux termes de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail* (LPOT) et la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées* (LPOSPA).

Le Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences est financé par le ministère, en partie grâce à des fonds fournis par le gouvernement du Canada en vertu de la partie II de la *Loi sur l'assurance-emploi*. Si des fonds sont versés par le Canada, le ministère doit fournir les renseignements et faciliter la surveillance et l'évaluation par le Canada du Programme d'assurance-emploi, comme l'exige l'article 3 de la *Loi sur l'assurance-emploi*.

Dans le cadre de l'Entente sur le développement du marché du travail conclue entre le Canada et l'Ontario (EDMT) et de l'Entente sur le développement de la main-d'œuvre conclue entre le Canada et l'Ontario (EDMO), le ministère est tenu de collecter les numéros d'assurance sociale des bénéficiaires de l'assurance-emploi pour demander l'autorisation de continuer à recevoir des prestations d'assurance-emploi régulières afin de suivre une formation programmes et autres activités d'emploi.

Le ministère recueille vos renseignements personnels conformément à la LPOT et l'EMDO, aux articles 3 et 63 de la Loi sur l'assurance-emploi, L.C. 1996, chap. 23 tel que modifié, et l'article 76.29 du Règlement sur l'assurance-emploi, DORS/96-332. Le ministère recueillera des renseignements personnels des clients qui s'identifient comme prestataires des Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées et programme Ontario au travail divulguera vos renseignements personnels au MSESC conformément à l'article 71 de la Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail et à l'article 53 de la Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur la collecte et l'utilisation de vos renseignements personnels aux fins d'administrer et de financer le programme de Volet Formation du Fonds pour le développement des compétences, vous pouvez communiquer avec le gestionnaire de l'InfoCentre Emploi Ontario, par écrit au ministère du Travail, de l'Immigration, de la Formation et du Développement des compétences, au 33, rue Bloor Est, 2e étage, Toronto (Ontario) M7A 2S3, ou par téléphone au 1-800-387-5656. Pour les malentendants, un ATS est disponible au 1-866-533-6339.

## Signatures

- Je reconnais / nous reconnaissons que mon fournisseur de services a expliqué son utilisation et la divulgation de mes renseignements personnels à ses fins.

Nom de la participante ou du participant*	Date*
Nom du parent/gardien (si le participant a moins de 18 ans)	Date

- J'autorise / nous autorisons le ministère à collecter, utiliser et divulguer indirectement mes renseignements personnels aux fins énoncées ci-dessus.

Nom de la participante ou du participant*	Date*
Nom du parent/gardien (si le participant a moins de 18 ans)	Date