

# aide à l'emploi et au revenu

## FORMULE DE DEMANDE



**(Requérant célibataire ou monoparental)**

Identification du client (membres du ménage pour qui la demande d'aide est effectuée)				
<b>Requérant</b> (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))				Précisez (p. ex., nom légal, nom de fille)
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	NAS	N° d'immatriculation de la C.S.S.M	P.A.S.S.M.
Nom de fille ou autres noms (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))				Précisez (p. ex., nom légal, nom de fille)
État civil		Depuis le		Êtes-vous né au Canada? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, indiquez la date de votre arrivée au Canada : _____ Catégorie d'immigration : _____
N° du traité	N° et nom de bande			

Renseignements facultatifs	
<b>Requérant</b>	
Groupe démographique (cochez tous les éléments d'information pertinents; nota : renseignements recueillis aux fins d'une éventuelle orientation vers des programmes d'emploi spéciaux)	
Minorité visible <input type="checkbox"/>	Statut d'Autonome <input type="checkbox"/> Indien non inscrit <input type="checkbox"/> Métis <input type="checkbox"/>
Personne-ressource ou personne à contacter en cas d'urgence : _____	
N° de tél. : _____ Adresse : _____	

<b>Enfant à charge</b> (lien de parenté)		Nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s)		
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	P.A.S.S.M.	L'enfant fréquente-t-il l'école? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom de l'école
Né au Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Autres noms utilisés (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))		
Dans la négative, indiquez la date d'arrivée au Canada : _____		Année : _____		
Catégorie d'immigration :				

<b>Enfant à charge</b> (lien de parenté)		Nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s)		
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	P.A.S.S.M.	L'enfant fréquente-t-il l'école? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Nom de l'école
Né au Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		Autres noms utilisés (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))		
Dans la négative, indiquez la date d'arrivée au Canada : _____		Année : _____		
Catégorie d'immigration :				

<b>Enfant à charge</b> (lien de parenté)		Nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s)		
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	P.A.S.S.M.	L'enfant fréquente-t-il l'école? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Année : _____	Nom de l'école
Né au Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, indiquez la date d'arrivée au Canada : _____ Catégorie d'immigration :		Autres noms utilisés (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))		

<b>Enfant à charge</b> (lien de parenté)		Nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s)		
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	P.A.S.S.M.	L'enfant fréquente-t-il l'école? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Année : _____	Nom de l'école
Né au Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, indiquez la date d'arrivée au Canada : _____ Catégorie d'immigration :		Autres noms utilisés (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))		

<b>Enfant à charge</b> (lien de parenté)		Nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s)		
Date de naissance (mois-jour-année)	Sexe	P.A.S.S.M.	L'enfant fréquente-t-il l'école? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Année : _____	Nom de l'école
Né au Canada Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dans la négative, indiquez la date d'arrivée au Canada : _____ Catégorie d'immigration :		Autres noms utilisés (nom, prénom usuel, autre(s) prénom(s))		

<i>Adresse actuelle</i>	
N° d'app. _____	Adresse municipale _____
Ville ou municipalité _____	Code postal _____ N° de téléphone _____
Adresse postale (si différente) _____	
Remarques sur l'adresse _____	

<i>Adresses antérieures</i>			
<b>Requérant</b> Inscrivez toutes les adresses où vous avez demeuré au cours de la dernière année	Dates du	au	Comment subveniez-vous à vos besoins?

## Logement et services publics

### Logement et services publics

Payez-vous pour votre logement? Oui  Non  Payez-vous pour les services publics? Oui  Non

Si vous avez répondu << Oui >> à l'une ou l'autre de ces questions, remplissez la ou les sections ci-dessous qui s'appliquent à vous. Sinon, passez à la page suivante.

### Location

Chambre  Appartement  Maison Mobile  Maison  Maison partagée  Maison subventionnée  Office d'habitation  Logement sans but lucratif

Appartement meublé

Services publics compris dans le prix du loyer : électricité  eau  chauffage  Appareils ménagers compris : laveuse  sècheuse

Autres personnes habitant chez vous : \_\_\_\_\_

Partagez-vous le loyer? Oui  Non  Dans l'affirmative, avec qui? \_\_\_\_\_

Montant du loyer \_\_\_\_\_ \$ Quel est le montant de la partie du loyer que vous assumez? \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale du propriétaire \_\_\_\_\_ N° de téléphone du concierge \_\_\_\_\_

Autres besoins (précisez) \_\_\_\_\_

### Propriétaires

Propriétaire de maison  Propriétaire de maison mobile  Hypothèque subventionnée

Solde total de la 1<sup>re</sup> hypothèque \_\_\_\_\_ \$ Paiement mensuel principal, intérêts et taxes \_\_\_\_\_ \$ ou principal et intérêts \_\_\_\_\_ \$

Taxes annuelles nettes \_\_\_\_\_ \$ Arriérés? Oui  Non  Montant \_\_\_\_\_ \$

Nom du propriétaire de l'hypothèque \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale du propriétaire \_\_\_\_\_

Date de renouvellement de l'hypothèque \_\_\_\_\_ Assurance habitation  Montant \_\_\_\_\_ \$ annuel  mensuel

Autres personnes vivant dans votre maison \_\_\_\_\_

Partagez-vous les frais? Oui  Non  Dans l'affirmative, avec qui? \_\_\_\_\_

Montant total payé par toute autre personne \_\_\_\_\_

Autres besoins \_\_\_\_\_

### Chambre et pension

Type de chambre et pension : avec un membre de la famille  avec un non-membre de la famille

Nom du pourvoyeur \_\_\_\_\_ N° de téléphone \_\_\_\_\_

Adresse postale du pourvoyeur \_\_\_\_\_

Montant pour chambre et pension \_\_\_\_\_ \$

### Autres types de logement

Foyer communautaire  Hôpital  Institution  Foyer de soins personnels  Soins résidentiels

### Services publics

Services dont le requérant est responsable	Mode de versements égaux		Frais mensuels	Services dont le requérant est responsable (p. ex., collecte des déchets, eau potable)	Frais mensuels
	Oui	Non			
Électricité :				Autres :	
Eau :				Autres :	
Chauffage (précisez) :				Autres :	

**Éléments d'actif**

(Veuillez répondre par Oui ou Non à chacun des éléments d'information ci-dessous. Donnez les précisions concernant chaque membre du ménage pour qui une demande d'aide est effectuée. Si le montant ou la valeur d'un bien est inconnue, veuillez l'indiquer à la rubrique Valeur actuelle ou Valeur marchande.)

Liquidités	Oui	Non	Valeur actuelle	N° de compte ou de police	Nom et adresse de l'entreprise ou institution
Argent en caisse					
Comptes de banque					
Caisse populaire					
Actions, obligations, certificats de placement garanti, REER					
Police d'assurance					
Fonds de fiducie					
Autres (précisez)					
Autres (précisez)					
Autres éléments d'actif	Oui	Non	Valeur marchande	Montant en souffrance	Description légale
Propriété maison, terrain, maison mobile, chalet					
Entreprise inventaire ou équipement (entreprise, exploitation agricole, pêche)					
Véhicules, véhicules récréatifs					
Arrangements funéraires					
Autre (précisez : p. ex., bateau, moteur, motoneige)					
Autre (précisez : p. ex., bateau, moteur, motoneige)					

**Dettes et transfert de propriété**

**Dettes les plus importantes** (pension alimentaire, prêt étudiant, cartes de crédit, deuxième hypothèque, faillite personnelle ou d'entreprise, etc.)

\_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$  
 \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_ \$

**Transfert de propriété ou de biens**

L'un des requérants a-t-il vendu, transféré ou cédé une propriété ou des biens au cours des cinq dernières années : Oui  Non

Dans l'affirmative, veuillez préciser : \_\_\_\_\_

**Revenu disponible actuel** (p. ex., Régime de pensions du Canada, prestations d'assurance-emploi, Sécurité de la vieillesse, location de propriété, entretien)

Sources de revenus	Bénéficiaire des ressources	Montant	Fréquence des paiements

**Attendez-vous d'autres revenus?** (p. ex., Régime de pensions du Canada, prestations d'assurance-emploi, Sécurité de la vieillesse, prestations des orphelins, règlements d'assurance, revenus de salaire)

Source de revenus	Date prévue	Montant prévu

## Éducation et formation

### Requérant

École ou formation <b>actuelle</b>	École ou établissement de formation <b>actuellement fréquenté</b>	Temps plein - Temps partiel	Début (mois-année)	Fin (mois-année)
Domaine d'étude				
École ou formation <b>complétées</b>	Domaine d'étude	Province - Pays	Études ou formation complétées le (mois-année)	
Maternelle - 12 <sup>e</sup> (Secondaire 1-4)				
Recyclage				
Métier				
Professionnel				
Collège - Université				
Formation				
Autre (précisez)				

### Emploi

#### Requérant

Quels ont été vos revenus au cours des 30 derniers jours? \_\_\_\_\_ \$ Recherchez-vous activement un emploi? Oui  Non

Avez-vous reçu des prestations d'AE ou contribué au régime d'AE au cours des 5 dernières années? Oui  Non

Dans l'affirmative, précisez à quel moment : \_\_\_\_\_

Êtes-vous **présentement** employé? Oui  Non  Nom de l'employeur : \_\_\_\_\_

Emploi : \_\_\_\_\_

Date de début d'emploi (mois-jour-année) | Temps plein, temps partiel, saisonnier, travail autonome | Heures semaine | Salaire horaire

Employeur <b>antérieur</b> - Adresse (y compris travail bénévole)	Emploi - Tâches		
Raison du départ	Durée de l'emploi (mois-année) du _____ au _____	Heures semaine	Salaire horaire
Employeur <b>antérieur</b> - Adresse (y compris travail bénévole)	Emploi - Tâches		
Raison du départ	Durée de l'emploi (mois-année) du _____ au _____	Heures semaine	Salaire horaire
Employeur <b>antérieur</b> - Adresse (y compris travail bénévole)	Emploi - Tâches		
Raison du départ	Durée de l'emploi (mois-année) du _____ au _____	Heures semaine	Salaire horaire
Employeur <b>antérieur</b> - Adresse (y compris travail bénévole)	Emploi - Tâches		
Raison du départ	Durée de l'emploi (mois-année) du _____ au _____	Heures semaine	Salaire horaire

## Expérience d'emploi, de formation ou de travail bénévole

**Requérant** Veuillez choisir les domaines qui correspondent le mieux à vos compétences dans la liste ci-dessous. Pour chaque domaine, indiquez de quelle manière vous avez acquis vos compétences au moyen des codes suivants (vous pouvez utiliser plus d'un code par domaine de compétences) :

**W** - compétences acquises en milieu de travail      **C** - certificat      **P** - formation ou certificat partiel  
**Y** - compétences dans le domaine acquises      **D** - diplôme      **A** - apprentissage  
 en milieu de travail, par le bénévolat, par intérêt personnel ou par des activités de loisirs

Domaine de compétences		Domaine de compétences		Domaine de compétences		Domaine de compétences	
Aide-artisan		Cuisine		Maçonnerie		Réparation de carrosserie automobile	
Aide-cuisinier		Dessin technique		Mécanique de véhicule automobile		Représentant des ventes	
Aide-diététicienne		Électricité		Montage - électricité		Service à la clientèle	
Arts graphiques		Électronique		Montage - mécanique		Service de la restauration	
Assistante dentaire		Enseignant - aide-enseignant		Nettoyeur		Soins infirmiers (toute formation médicale)	
Boucher		Entretien		Opérateur de machinerie lourde		Soudeur	
Boulangier		Expédition - réception - entrepôt		Opérateur de machine		Technicien judiciaire	
Camionneur		Formage des métaux		Opérateur sur ordinateur		Tenue de livres	
Charpenterie - ébénisterie		Foresterie - exploitation forestière		Pêche commerciale		Tôlier de construction	
Caissier		Garde d'enfants		Peintre		Trappe	
Caissier de banque		Garde de sécurité		Plomberie - tuyauterie pour gaz		Travail de bureau	
Coiffeur		Intervenant des services d'urgence		Préposé au comptoir des aliments		Travail du bois ou des métaux	
Commis comptable		Livraison - courrier		Programmeur		Travail de ferme - aide fermier	
Comptable		Machiniste		Rembourrage			
Couture		Manceuvre					
Permis de conduire valide du MB		Classe de permis de conduire		Dossier de conduite automobile		Véhicule disponible	

Langues parlées ou écrites (précisez) :

Autres compétences :

## Obstacles à l'emploi

### Requérant

Êtes-vous prêt à commencer immédiatement un travail?      Oui       Non       Dans la négative, précisez : \_\_\_\_\_

Je prévois être en mesure de commencer à travailler à compter du \_\_\_\_\_  
 (mois-jour-année)

Souhaitez-vous déclarer des troubles médicaux, une déficience ou une invalidité ?      Oui       Non       Si oui, veuillez fournir les détails : \_\_\_\_\_

Est-ce que vous faites l'objet d'un mandat non exécuté?      Oui       Non

## Garde d'enfants

Avez-vous actuellement recours à des services de garde?      Oui       Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de service :      subventionné       privé       en milieu familial

Aurez-vous besoin de services de garde lorsque vous travaillerez?      Oui       Non

Dans l'affirmative, indiquez le type de service :      subventionné       privé       en milieu familial

## Autres services de soutien

Aurez-vous besoin des services d'autres organismes ou conseillers?      Oui       Non       Dans l'affirmative, précisez : \_\_\_\_\_

Aurez-vous besoin du soutien de votre famille ou de vos amis?      Oui       Non       Dans l'affirmative, comment pourront-ils vous aider? \_\_\_\_\_

**AIDE À L'EMPLOI ET AU REVENU  
PLAN D'EMPLOI PERSONNEL**

**Requérant**

1. Types d'emploi que mes compétences me permettent de rechercher :

---

---

---

---

---

---

---

2. Ce que je ferai pour chercher un emploi :

---

---

---

---

---

---

---

3. Ce que je devrais faire pour être prêt à travailler :

---

---

---

---

---

---

---

4. Tout renseignement ou aide dont je pourrais avoir besoin :

---

---

---

---

---

---

---

**EXEMPLE**

**COLLECTE DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS ET DE RENSEIGNEMENTS SUR L'ÉTAT DE SANTÉ**

Les renseignements personnels et les renseignements sur l'état de santé de la présente formule sont recueillis afin de satisfaire aux exigences de Programme d'aide à l'emploi et au revenu établi en vertu de la *Loi sur l'aide à l'emploi et au revenu* et du *Règlement sur l'aide à l'emploi et au revenu*.

Les renseignements personnels et les renseignements sur l'état de santé recueillis serviront à déterminer l'admissibilité de votre ménage à l'aide au revenu et le montant de vos prestations, à cerner vos besoins en matière d'emploi, de santé et autres services, et à prévenir et déceler toute fraude. Les renseignements sur l'état de santé permettront également au Programme d'aide à l'emploi et au revenu de vous offrir l'aide ou les services adaptés à vos besoins en matière de santé.

Si vous avez des questions au sujet de la collecte de renseignements, veuillez communiquer avec la Coordonnatrice chargée de l'accès à l'information et de la protection de la vie privée de l'Emploi et Économie au 204-945-2803 ou à l'adresse suivante : 259, avenue Portage, pièce 900, Winnipeg.

**AUTORISATION DE DIVULGER DES RENSEIGNEMENTS**

J'autorise la divulgation de tout renseignement personnel ou de renseignement concernant l'état de santé nécessaire à l'établissement ou à la vérification de mon admissibilité aux prestations d'aide au revenu ou à l'établissement du montant des prestations. J'autorise toute personne, organisme ou organisation, y compris tout ministère provincial ou fédéral ou tout service des gouvernements municipaux (notamment Développement des ressources humaines Canada, Citoyenneté et Immigration, la Société d'assurance publique du Manitoba ou la Commission des accidents du travail), toute banque, caisse populaire ou institution financière ainsi que le ministre responsable de la *Loi* ou son (ses) représentant(s), à divulguer ou à échanger tout renseignement à cette fin. Je comprends que la présente autorisation inclut les demandes de renseignements relatifs à mon numéro d'assurance-sociale, à mon état civil, à mon emploi, à mon revenu, à mes biens, à mes dettes et mes ressources, à mon état de santé, à ma situation familiale, à mes prestations reçues en vertu d'autres programmes ou à tout autre élément d'information pertinent.

J'accepte qu'une copie de la présente autorisation soit suffisante pour permettre la divulgation ou l'échange de tout renseignement demandé.

**DÉCLARATION DU REQUÉRANT**

J'atteste que les renseignements fournis dans la présente formule sont exacts et complets au meilleur de ma connaissance. Je n'ai faussé, ni dissimulé ni omis aucun renseignement exigé pour l'établissement de mon admissibilité aux prestations d'aide au revenu.

Je reconnais mon obligation légale d'informer immédiatement l'administration de tout changement dans ma situation, y compris les changements d'adresse, d'état civil, d'emploi, de situation familiale ou financière, qui peut influencer sur mon admissibilité aux prestations ou sur le montant desdites prestations.

\_\_\_\_\_  
Nom du requérant (en lettres moulées S.V.P.)

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date

**DÉCLARATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL DU REQUÉRANT (SI APPLICABLE)**

Je, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_, Manitoba, déclare assumer la responsabilité de représentant légal du requérant aux fins de sa demande et réception d'aide en vertu de la *Loi* et du *Règlement sur l'aide à l'emploi et au revenu* (Manitoba). J'ai pris connaissance des énoncés qui s'appliquent au requérant dans l'Autorisation de divulgation et la Déclaration ci-dessus, et j'entends me conformer aux conditions énoncées au nom de requérant.

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant légal

\_\_\_\_\_  
Date

**AUTORISATION CONSENTIE À L'AGENCE DU REVENU DU CANADA PAR REQUÉRANT**

J'autorise l'Agence du revenu du Canada à divulguer à Emploi et Économie Manitoba tout renseignement relatif à mes déclarations de revenus ou autres renseignements confidentiels. Les renseignements fournis serviront exclusivement à vérifier mon admissibilité à l'aide à l'emploi et au revenu, ou à l'administration générale et à l'application des directives prévues en vertu de la *Loi sur l'aide à l'emploi et au revenu* (Manitoba). La présente autorisation est valide pour l'année d'imposition précédent l'année de la signature de ladite autorisation, pour l'année de la signature et pour toute année consécutive au cours de laquelle une demande d'aide aura été formulée.

\_\_\_\_\_  
Nom du requérant (en lettres moulées S.V.P.)

\_\_\_\_\_  
Signature du requérant

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du témoin

\_\_\_\_\_  
Date