



Demande d'aide financière
Formation générale (B2) - CSEF

Réservé à l'administration					
Date de début		Date de fin		N° dossier	
Coût total	Coût matériel et fournitures	Nbre hres/sem.		Temps plein <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/>	

Identification de l'élève					
Nom, Prénom		Adresse permanente		# app.	Ville
Province		Code postal		N° de téléphone	
N.A.S.	Sexe		Date de naissance		N° bande
Avez-vous une invalidité ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			Adresse courriel		
Si oui, décrire brièvement le genre d'invalidité :					
Avez-vous besoin d'accommodement au travail?					
Adresse durant l'année scolaire					
*** Dépôt direct *** Fournir un spécimen de chèque pour le dépôt direct					
Succursale		Transit		Folio	
Spécimen de chèque déjà au dossier (pas de modification) <input type="checkbox"/>					



Situation de l'élève

- Habite chez un des parents
- Autonome avec loyer à charge (fournir bail, preuve de résidence avec pièces justificatives);
- Habite chez parents prestataires de la sécurité du revenu;
- Avec personne(s) à charge

- Si un de vos enfants reçoit des allocations pour ses études, veuillez mentionner la provenance :

Je possède un emploi rémunéré durant mon programme d'études : Oui Non

Si oui, nombre d'heures par semaine :

Nom et adresse de l'employeur :

Enfant(s) à charge

Nom, prénom	Date de naissance

Indiquer la source de revenu avant le début de cette formation

<input type="checkbox"/> Employé à temps plein	<input type="checkbox"/> Employé à temps partiel	<input type="checkbox"/> Travailleur indépendant	<input type="checkbox"/> Études/formation
<input type="checkbox"/> Assurance-emploi	<input type="checkbox"/> Sécurité du revenu	<input type="checkbox"/> Prêts et bourses d'une instance gouv.	<input type="checkbox"/> Régie des rentes
<input type="checkbox"/> Assurance-invalidité	<input type="checkbox"/> CNESST	<input type="checkbox"/> RQAP	<input type="checkbox"/> Aucune
<input type="checkbox"/> Autre (précisez) :			



Identification de l'institution de formation		
Nom de l'institution		Adresse
Ville	Province	Code postal
Nom de la personne-ressource	Adresse courriel	N° de téléphone

Scolarité
Dernier niveau de scolarité complété :
Institution de formation :
Gradué : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Année d'obtention :
Je serai finissant cette année : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Indiquer vos derniers emplois		
Année	Nom de l'entreprise/employeur	Titre du poste occupé/fonctions
Date début :		
Date de fin :		
Date début :		
Date de fin :		
Date début :		
Date de fin :		
Date début :		
Date de fin :		



Engagement de l'élève

Après avoir pris connaissance des mesures de formation du CSEF d'Odanak :

1. Je m'engage à fournir au CSEF d'Odanak les documents exigés :
 - Copie du certificat de naissance;
 - Copie du certificat de naissance des enfants à charge;
 - Copie du certificat de statut indien;
 - Spécimen de chèque;
 - Dernier relevé de notes;
 - Bail ou preuve de résidence (avec la preuve de résidence, vous devez fournir une copie de l'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.)
2. Je m'engage à aviser immédiatement le CSEF d'Odanak 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.
3. Je m'engage à satisfaire aux exigences scolaires tant de l'établissement d'enseignement postsecondaire ou du centre de formation professionnelle que celles de l'éducation des adultes et à administrer de mon mieux l'aide financière en fonction de la réglementation et des modalités applicables aux programmes d'aide financière du CSEF d'Odanak.
4. Je m'engage à rembourser les montants perçus si je n'ai pas fourni les documents demandés.
5. Je m'engage à rembourser en totalité tout montant perçu en trop ou dette exigible envers le CSEF d'Odanak et j'autorise ce dernier à retenir les montants requis sur toute somme qu'il me verse jusqu'à paiement complet.
6. Je reconnais que si j'ai une dette envers le CSEF d'Odanak 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'élève

Date

Signature d'un parent si l'élève est mineur

Date



Procuration autorisant à recueillir des renseignements personnels

Je, _____, autorise le CSEF d'Odanak à recueillir auprès des autres services du Conseil des Abénakis d'Odanak, 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 « informations, document, copie de document et/ou relevé » visent notamment :

- Relevés de notes
- Horaire ou choix de cours
- Attestation de régime d'études
- Lettre d'attestation de fin de programme d'études
- Information sur les sources de revenu
- Tout autre document pertinent

Signature de l'élève

Date

Date de naissance

Numéro de bande

Nom et prénom du parent (si l'élève est mineur)

Date

Signature d'un parent (si l'élève est mineur)