



Programme Expérience, poursuite et reprise des études pour les parents (EXPRESS)

Page 1 de 3

Nom : _____ N° d'identification du membre : _____

Date de naissance (j/m/aaaa) : _____ Responsable de cas : _____

Pour laquelle des activités suivantes demandez-vous une aide financière : (Cochez l'activité appropriée.)

Études

Emploi

Activité d'acquisition de
compétences parentales

Renseignements sur les études :

Retournez-vous aux études : (Cochez une option.) Oui Non

Êtes-vous actuellement aux études : (Cochez une option.) Oui Non

Nom du cours : _____ Nom de l'école : _____

Date de début (j/m/aaaa) : _____ Êtes-vous inscrit : À temps plein À temps
partiel

Veillez joindre le document à l'appui : Confirmation d'inscription à l'école

Renseignements sur l'emploi :

Avez-vous commencé ou commencerez-vous un nouvel emploi : Oui Non
(Si Non, allez à la prochaine section.)

Nom de l'entreprise : _____ Poste : _____

Nom de l'employeur : _____ N° de téléphone au travail : _____

Date de début (j/m/aaaa) : _____ Taux horaire : _____

Nombre d'heures par mois : _____

Heures (Cochez une seule réponse.) : Temps plein Temps partiel
 Occasionnel Sur appel

Veillez joindre le document à l'appui : Confirmation d'emploi

Renseignements sur l'activité d'acquisition de compétences parentales

Commencez-vous une activité d'acquisition de compétences parentales :

 Oui Non

Type d'activité : _____

Nom de l'organisme : _____

Veuillez indiquer les dépenses pour lesquelles vous demandez une aide financière :

Dépense(s) :	Coût(s) estimatif(s) :
1.	\$
2.	\$
3.	\$
4.	\$

Montant total demandé : _____ \$

Signature : _____

N° de téléphone : _____ Date (j/m/aaaa) : _____

Avis concernant la collecte de renseignements personnels*(Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée)**(Loi sur l'accès à l'information municipale et la protection de la vie privée)*

Les renseignements sont recueillis dans ce formulaire en vertu de la *Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail*, articles 7, 8, 57 et 58, ou de la *Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées*, articles 5, 10, 45 et 46, aux fins de l'administration des programmes d'aide sociale du gouvernement de l'Ontario.

Veuillez vous assurer de remplir dûment le formulaire, de le signer et de le faire parvenir à :

Ontario au travail, 362, rue Montreal, Kingston (Ontario) K7K 3H5

Vous pouvez faire parvenir vos demandes de renseignements à votre responsable de cas.

Téléphone : 613 546-2695

À usage interne seulement

Émis : DLE _____\$ ETSA _____\$ Incitatif EXPRESS _____\$ Total _____\$

Date d'approbation : _____ Responsable de cas : _____

N° du responsable de cas : _____