

Demande de subvention d'encouragement Programme de subventions pour le Nord de l'Ontario

Veillez retourner les copies signées au :
Centre de santé mentale du Nord-Est
680, promenade Kirkwood
Sudbury ON P3E 1X3
Tél. : 705-675-9193, poste 8411
Télec. : 705-670-3152
Sans frais : 1 866 989-9299
Courriel : info@nogap.on.ca

Renseignements personnels

| | | | |
|---|--|----------------------------------|-------------|
| Nom de famille | Prénom | Citoyenneté | |
| Adresse | Ville/Localité | Province | Code postal |
| | N° téléphone | Courriel | |
| Bilingue <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | | Date de naissance (mm / jj / aa) | |
| Université/Collège | Date - Obtention du diplôme (mm / jj / aa) | N° d'inscription (si applicable) | |

Profession

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Psychologue | <input type="checkbox"/> Associé(e) en psychologie | <input type="checkbox"/> Psychologie (M.A.) | <input type="checkbox"/> Travail social (M.S.S.) |
| <input type="checkbox"/> Services de soutien à l'intégration | <input type="checkbox"/> Techniques d'éducation spécialisée | <input type="checkbox"/> Techniques de travail social | <input type="checkbox"/> Garde éducative à l'enfance |
| <input type="checkbox"/> Audiologie | <input type="checkbox"/> Podologie | <input type="checkbox"/> Ergothérapie | <input type="checkbox"/> Physiothérapie |
| <input type="checkbox"/> Orthophonie | | | |

Facteurs qui ont influencé votre décision d'offrir vos services dans une région insuffisamment desservie :

(cochez tous les facteurs qui s'appliquent)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Originaire de la région ou y ayant résidé | <input type="checkbox"/> Encouragement financier |
| <input type="checkbox"/> Proximité de la famille ou des amis | <input type="checkbox"/> Acquisition d'expérience |
| <input type="checkbox"/> Le plaisir de la vie rurale/des conditions de travail/de la qualité de la vie | <input type="checkbox"/> Autre |

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

Les renseignements sont recueillis aux termes du pouvoir conféré par la *Loi sur les services à l'enfance et à la famille*, L.R.O. de 1990, chap. C.11, aux fins d'évaluation, de vérification et de surveillance de l'admissibilité pour le paiement d'une subvention. Pour plus de renseignements, communiquez avec Lorraine Potvin, représentante de la LAIPVP auprès des MSSC/MSEJ, au 199, rue Larch, Bureau 601, Sudbury ON P3E 5P9, (705) 564-8153.

Consentement

J'accepte de collaborer entièrement avec l'administrateur du programme ou ses représentants pour toute évaluation du programme par le ministère des Services sociaux et communautaires/ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse. Je consens en outre à la divulgation de tout renseignement personnel me concernant figurant dans un dossier de l'administrateur du programme relativement à cette initiative et à l'ancien Programme de bourses du Nord, au ministère ou à ses représentants aux fins d'évaluation de l'initiative, et aux représentants des collectivités désignées insuffisamment desservies aux fins de recrutement.

Veillez noter : L'administrateur du programme se réserve le droit d'accepter ou de rejeter toute demande présentée dans le cadre de cette initiative. Pour que la personne qui présente une demande soit admissible à une subvention d'encouragement, l'administrateur doit approuver la demande avant que la personne commence à travailler dans le poste vacant.

Je, _____, soussigné/e, par la présente, soumetts à l'administrateur du programme des Subventions d'encouragement ma demande pour combler un poste vacant à temps plein au sein d'un organisme bénéficiant de paiements de transfert du ministère des Services sociaux et communautaires/ministère des Services à l'enfance et à la jeunesse.

Il faut également soumettre les documents suivants : L'offre ou le contrat d'emploi, L'acceptation signée de l'offre d'emploi et une Copie de votre diplôme

| | |
|--|------|
| Signature de l'auteur(e) de la demande | Date |
| Signature de la superviseuse ou du superviseur | Date |