



centre d'emploi

ET DE RESSOURCES COMMUNAUTAIRE

Date (aaaa/mm/jj): _____

Numéro d'assurance sociale (NAS): _____

Nom : _____

Nom de famille

Prénom

Autre prénom

Date de naissance : _____ / _____ / _____

année

mois

jour

Service linguistique :

Langue maternelle : Anglais Français Autre : _____

Préférence, écrits : Anglais Français Autre : _____

Préférence, parlé : Anglais Français Autre : _____

Est-ce que vous parlez ou écrivez une autre langue que votre langue maternelle? Oui Non

Si oui, laquelle? _____

Sexe : Homme Femme Autre Non-déclaré

Adresse : _____

Ville/Village : _____

Code Postale : |_|_|_|_| |_|_|_|_|

Adresse pour poster : _____

(si elle est différente d'ici haut)

No. de téléphone : () _____

Numéro pour laisser un message : () _____

Courrier électronique : _____

Comment/où est-ce que vous avez fait connaissance des services au Centre d'emploi et de ressources communautaire? _____

Est-ce que vous avez un emploi ? oui non

Recevez-vous..... :

L'assistance sociale ? oui non

Assurance chômage ? oui non

Travail actuel ou précédent

Nom de l'entreprise: _____ Votre titre de fonction: _____
Dates d'emploi aa: du : _____ au : _____
Nombre d'heure/semaine : _____ Salaire : _____

Education – Niveau d'éducation que vous avez atteint:

NOM DE L'ÉCOLE : _____
1^{ière} à la 9^{ème} année 10^{ème} année 11^{ème} année 12^{ème} année GED ANNÉE ACCOMPLIE: _____
Formation en apprentissage : (métier) _____ Année 1 2 3 4 Sceau Rouge
Université : Si oui, # d'années complétés _____ Degré : _____ Année accomplie : _____
Collège communautaire : Si oui, # d'années complétés _____ Diplôme : _____ Année accomplie : _____
Autre : Nom d'institution : _____ Diplôme : _____ Année accomplie : _____
Certificat/Diplôme/Baccalauréat etc. reçu _____

Renseignements volontaire:

Statut de famille : Marié/équivalent Célibataire
Minorité visible : Oui Non
Statut d'autochtone : Aucun Inuit Métis Non inscrit
 Inscrit - sur réserve Inscrit - hors réserve
Immigrant / réfugiés : Oui Non

Date d'établissement : _____(aa)

Permis de conduire : Oui Non

Est-ce que vous avez un moyen de transport? Oui Non

Nombre de dépendants à la maison: _____

Avez vous accès au service de garderie pour enfants de l'âge de 12 ans en descendant? Oui Non

Est-ce que vous accepterez le travail par roulement? Oui Non

Incapacité : Oui Non Si oui, décrivez : _____

Conditions médicales qui affecteraient le rendement ou la disponibilité au travail? Oui Non

Si oui, décrivez : _____

Quels services/renseignements recherchez vous chez le Centre d'emploi et de ressources communautaire?

La Direction des partenariats pour les compétences et l'emploi (la « Direction ») fait partie du ministère du Développement économique et de la Formation du gouvernement du Manitoba, et collabore avec les employeurs, les fournisseurs de services, les établissements d'enseignement, les administrations municipales, les ministères provinciaux et fédéraux, Manitoba Hydro et d'autres organismes pour offrir une vaste gamme de services à l'emploi et à la formation professionnelle aux participants admissibles (les « services »)

AVIS SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE

SECTION 1 POURQUOI LA DIRECTION DOIT-ELLE RECUEILLIR ET UTILISER VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS (« FINS VISÉES »)

La Direction recueille et utilise vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant) aux fins visées suivantes :

- déterminer et vérifier si vous êtes admissible aux services qu'elle offre;
- évaluer vos besoins de formation et d'emploi;
- effectuer un suivi de votre inscription et de votre participation à ses services ainsi que de vos progrès, et les consigner;
- administrer et annoncer les services qu'elle offre;
- déterminer les services appropriés et vous y diriger;
- effectuer de la recherche, de la planification, du suivi et des évaluations, préparer des rapports et rendre des comptes.

SECTION 2 DISPOSITIONS LÉGISLATIVES PERMETTANT LA COLLECTE DE VOS RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

La Direction a besoin de vos renseignements personnels et de vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant) pour vous offrir ses services et mener à bien ses activités. Vos renseignements personnels sont recueillis en vertu de l'alinéa 36(1)b) de la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant) en vertu du paragraphe 13(1) de la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*. La Direction limite la collecte des renseignements personnels et des renseignements médicaux personnels à votre sujet à ce qui est nécessaire à la réalisation des fins visées énoncées dans la section 1.

Vos renseignements personnels sont protégés par la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée* et vos renseignements médicaux personnels, par la *Loi sur les renseignements médicaux personnels*. La Direction ne peut pas utiliser ou divulguer les renseignements vous concernant à d'autres fins, à moins que vous n'y consentiez ou qu'elle soit autorisée à le faire aux termes de l'une ou l'autre des deux lois précitées.

SECTION 3 AVEC QUI PUIS-JE COMMUNIQUER SI J'AI DES QUESTIONS?

Si vous avez des questions sur la collecte, l'utilisation ou la divulgation de vos renseignements personnels et de vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant), veuillez communiquer avec la Direction par téléphone au 204 945-0575 ou sans frais au 1 866 332-5077.

CONSETEMENTS

En entrant vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant) dans le système de gestion des dossiers de la Direction, ou en autorisant la Direction, un fournisseur de services qui travaille pour la Direction, ou toute autre personne à le faire en votre nom, vous consentez à ce que la Direction collecte, utilise et communique vos renseignements personnels et vos renseignements médicaux personnels (le cas échéant) de la manière prescrite dans le présent document.

SECTION 4 RENSEIGNEMENTS QUE J'ACCEPTÉ DE FOURNIR À LA DIRECTION

J'accepte de fournir à la Direction les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels (le cas échéant) suivants. Je comprends que ces renseignements sont nécessaires à ma participation aux services offerts par la Direction et aux fins mentionnées dans la section 1 :

- numéro d'assurance sociale;
- nom, prénom, adresse et numéro de téléphone;
- adresse électronique;
- date de naissance;
- identité de genre;
- études, compétences professionnelles, expérience et attestations d'études;
- état de santé ou incapacité qui pourrait influencer ma formation ou mon emploi;
- détails des progrès que j'ai accomplis dans le cadre des services offerts par la Direction;
- tests et rapports liés à la formation ou à l'emploi;
- situation d'emploi : employé, travailleur indépendant ou sans-emploi;
- plans de carrière;
- expérience de travail;
- disponibilité;
- Autochtone;
- personne ayant une incapacité;
- membre d'une minorité visible;
- immigrant ou réfugié;
- état matrimonial;
- personnes à charge;
- rétroaction après avoir bénéficié des services fournis par la Direction, concernant notamment ma satisfaction quant aux services reçus, ma situation d'emploi, si les services en question m'ont préparé à un futur emploi, les attestations ou certifications obtenues grâce à la participation aux services de la Direction et mes revenus.

J'accepte également de communiquer à la Direction tout changement à mes renseignements personnels et à mes renseignements médicaux personnels dans les plus brefs délais.

SECTION 5 CONSENTEMENT À CE QUE LA DIRECTION OBTIENNE DES RENSEIGNEMENTS À MON SUJET AUPRÈS D'AUTRES SOURCES

Je consens à ce que la Direction recueille les renseignements personnels et les renseignements médicaux personnels (le cas échéant) suivants aux fins visées susmentionnées dans la section 1 auprès des personnes et des organismes indiqués ci-dessous. J'accepte qu'elle fournisse de tels renseignements à mon sujet si cela est nécessaire à l'obtention des renseignements dont elle a besoin, et je consens à ce que les personnes et les organismes divulguent les renseignements requis à la Direction :

- numéro d'assurance sociale;
- nom, prénom, adresse et numéro de téléphone;
- adresse électronique;
- date de naissance;
- identité de genre;
- détails des progrès que j'ai accomplis dans le cadre des services offerts par la Direction;
- tests et rapports liés à l'emploi;
- rapports médicaux liés à l'emploi;
- statut d'admissibilité à l'assurance-emploi;
- situation du client à l'égard de l'assurance-emploi;
- renseignements sur les demandes d'assurance-emploi;
- langue (français ou anglais);
- prestations parentales provinciales;
- interventions;
- Autochtone;
- personne ayant une incapacité;
- membre d'une minorité visible.

Personnes et organismes :

- tout organisme ou entité qui me fournit des services liés à l'expérience professionnelle, à la formation ou à l'emploi, ou qui l'a fait dans le passé, dans le cadre d'un contrat avec la Direction :
- mon école et mes établissements d'enseignement ou de formation;
- mon médecin _____;
- mes autres professionnels de la santé : _____, et _____.
- tout autre organisme ou ministère du gouvernement du Manitoba, ou du gouvernement fédéral, qui me fournit des services ou de l'aide, ou qui l'a fait dans le passé, notamment : Emploi et Développement social Canada; Service Canada; Santé, Aînés et Vie active Manitoba; Familles Manitoba; Justice Manitoba; Relations avec les Autochtones et le Nord Manitoba; Relations avec les municipalités Manitoba; et les Services de la Couronne.

SECTION 6 CONSENTEMENT À CE QUE LA DIRECTION DIVULGUE MES RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je consens à ce que la Direction communique mes renseignements personnels et mes renseignements médicaux personnels (le cas échéant) aux personnes et aux organismes suivants, dans la mesure où ils ont besoin de ces renseignements pour parvenir aux fins visées énoncées dans la section 1 :

- Emploi et Développement social Canada; Service Canada; Santé, Aînés et Vie active Manitoba; Familles Manitoba; Justice Manitoba; Relations avec les Autochtones et le Nord Manitoba; Relations avec les municipalités Manitoba; et les Services de la Couronne;
- tout autre organisme ou entité qui me fournit de l'aide ou des services liés à l'expérience professionnelle, à la formation ou à l'emploi, ou qui l'a fait dans le passé, dans le cadre d'un contrat avec la Direction;
- des fournisseurs de services travaillant sous contrat avec la Direction pour évaluer vos besoins en matière de formation et d'emploi et pour inscrire votre admission aux services de la Direction;
- des conseillers travaillant sous contrat avec la Direction, à des fins de recherche et d'évaluation des services de la Direction.

SECTION 7 QUELLE EST LA DURÉE DE MON CONSENTEMENT?

Je comprends qu'aucune limite de temps ne sera appliquée au consentement que j'ai fourni.

SECTION 8 PUIS-JE METTRE FIN À MON CONSENTEMENT?

Je comprends que je peux mettre fin à mon consentement en tout temps en communiquant par écrit avec la Direction. Cependant, je comprends aussi qu'aucune annulation de consentement ne sera rétroactive, et que si je mets fin à mon consentement, je ne serai plus admissible aux services qu'offre la Direction.