|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **section 1 - identification de l’entreprise** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’entreprise :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipalité : | |  | | | | | | | | | | | **Code postal :** | | | |  | | | | |
| **Téléphone :** | | ( ) | | | | | | | | | **Site web :** | | |  | | | | | | | |
| **Courriel général de l’entreprise :** | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Inscrit aux taxes ?** | **oui 🞏 non 🞏 Si oui, numéro TPS :** | | | | | |  | | | | | | | | **TVQ :** |  | | | | | |
| **NEQ :** |  | | | | | |  | | | | | | | |  |  | | | | | |
| **participant au programme (propriétaire/dirigeant)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom et nom du participant :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Municipalité : | | | |  | | | | | | | | | **Code postal :** | | | |  | | | | |
| **Téléphone :** | | | | ( )  **Télécopieur** | | | | **Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :** | | | | | | | | | |  | | |
| **autres actionnaires ou associés (s’il y a lieu)** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom et nom du demandeur :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Municipalité :** | | | |  | | | | | | | | **Code postal :** | | | | |  | | | |
| **Téléphone :** | | | | ( )  **Télécopieur** | | | | | **Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :** | | | | | | | | |  | | |
| **Prénom et nom du demandeur :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Municipalité :** | | | |  | | | | | | | | | **Code postal :** | | | |  | | | |
| **Téléphone :** | | | | ( )  **Télécopieur** | | | | | **Date de naissance (JJ-MM-AAAA) :** | | | | | | | | |  | | |
| **Brève description de l’entreprise** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Produits et services : offerts** | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Date d’entrée en activité (JJ-MM-AAAA) :** | | | | | | **Bureau :**    **Total :** | | | | **Chiffre d’affaires :** | | | | | | | | |  | **$** | |
| **Nombre d’employés avant pandémie :** | | | | | |  | | | | **Nombre employés présentement :** | | | | | | | | | |  | |
| **section 2 - DESCRIPTION sommaire de votre situation** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **quelles sont vos motivations à suivre ce programme ?** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

L’entreprise s’engage à aviser le CAE Haute-Yamaska et région si, au cours de la période pendant laquelle la présente demande est étudiée, il y a une offre de contribution de la part d’autres intervenants au dossier.

|  |
| --- |
| **section 3 – CONDITIONS DU PROGRAMME RÉSILIENT** |
| ***Ce programme d’accompagnement et de formation est pour vous si :*** |
| * ***Votre entreprise est en opération avant le 1er mars 2020;*** * ***Votre entreprise est présentement dans une situation plus vulnérable (mise à pied et/ou baisse du chiffre d’affaires);*** * ***Vous vous engagez en tant qu’entrepreneur à participer activement à ce programme d’une durée de 90 jours;*** * ***Le programme résilient doit être complété le 28 février 2021;*** * ***Votre entreprise a une place d’affaires dans la MRC Haute-Yamaska, Brome-Missisquoi et Rouville.*** * ***Tout autre document jugé pertinent par le CAE Haute-Yamaska et région.*** |
| **section 4 - Autorisation du requérant** |
| Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (demandeur) me déclarant dûment autorisé à agir au nom de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (entreprise) demande la participation financière du CAE Haute-Yamaska et région (ci-après « CAE ») dans le cadre de la mesure d’aide technique (MAT).  Je déclare agir tant en mon nom personnel que pour le nom de l’entreprise pour la signature du présent document.  Je déclare que l’entreprise n’est pas en défaut dans les impôts, TPS, TVQ, DAS et CSST à payer.  Je consens à collaborer avec le CAE afin de fournir toutes les informations requises pour l’analyse de ma demande de contribution à la mesure d’aide technique (MAT) et conviens que tous les documents nécessaires devront être soumis avant que ma demande soit prise en considération.  Je suis conscient que la demande que je présente auprès du CAE ne sera pas nécessairement acceptée. Toutes démarches ou décisions que je prendrai avant d’obtenir la décision du CAE seront à mon entière responsabilité.  Je renonce à toute poursuite envers le CAE quant à des dommages et intérêts relatifs aux conseils qui m’auront été donnés de bonne foi par le CAE et ses représentants, et reconnaît que la présente demande ne constitue aucune obligation de la part du CAE.  Le CAE étant financé par le gouvernement du Canada (Développement économique Canada), je consens à ce que les représentants de Développement économique Canada (DEC) puissent consulter mon dossier à des fins de surveillance et d’évaluation, et que les représentants de DEC, en collaboration avec le CAE, puissent à l’occasion me contacter afin d’évaluer le rendement de cette dernière.  Je consens à ce que tous les documents préparés par le CAE puissent demeurer la propriété exclusive de celui-ci, si telle est la décision du CAE.  Signée à , en date du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lors du dépôt officiel de la demande de participation financière.  Par :  Le CAE, représenté par Madame Isabelle Brochu, s’engage à respecter la confidentialité des renseignements recueillis dans le montage et la présentation du projet.  Signée à , en date du\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ lors du dépôt officiel de la demande de participation financière.  Par : |

|  |  |
| --- | --- |
| Section réservée au CAE  Accepté : 🞏Refusé🞏 | Raisons du refus : |
| Montant autorisé : | $ avant taxes |
| Signature direction générale : |  |
| Date de l’autorisation : |  |
| Conditions au déboursé : (facture, rapport d’étape, déboursés progressifs…) |  |
| Date du suivi au CA : |  |