

Fonds d'aide à la relance régionale Aide technique (FARR-AT 2)

DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIÈRE

IDENTIFICATION ET PROFIL DE L'ENTREPRISE			
Nom de l'entreprise:			
Adresse :			
Ville :			
Code postal:			
Téléphone:			
Télécopieur:			
Courriel général de l'entreprise :			
Site web:			
Secteur d'activité: <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Tertiaire <input type="checkbox"/> Tertiaire à valeur ajoutée			
Description de l'exploitation:			
Statut juridique: <input type="checkbox"/> Travailleur autonome <input type="checkbox"/> Incorporation ¹ <input type="checkbox"/> Entreprise enregistrée ² <input type="checkbox"/> SENC ³ <input type="checkbox"/> Coopérative ⁴ <input type="checkbox"/> OSBL ⁵			
Entreprise incorporée ¹ , Nom des actionnaires, fonctions et pourcentage des parts de chacun :			
Entreprise enregistrée ² Nom de l'entreprise :			
SENC ² Nom des associés et pourcentages de chacun :			
Coopérative ³ Type de coopérative :			
OBNL ⁴ Noms des administrateurs et fonctions :			
Date de fondation de l'entreprise :			
Date d'entrée en activité (premières ventes) :			
Fin d'année financière :			
Veuillez indiquer si votre organisation est majoritairement ou en partie, détenue par les groupes mentionnés ci-après, en cochant toutes les catégories qui s'appliquent :			
<input type="checkbox"/> Femmes	<input type="checkbox"/> Anglophones (membres des communautés de langue officielle situation minoritaire)	<input type="checkbox"/> Personnes handicapées	
<input type="checkbox"/> Autochtones	<input type="checkbox"/> Jeunes (moins de 40 ans)	<input type="checkbox"/> Minorités visibles	
			Initiales

Fonds d'aide à la relance régionale Aide technique (FARR-AT 2)

DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIÈRE

Emplois			
Nombre d'employés	Avant la COVID-19	Pendant la COVID-19	Prévu après la COVID-19 (~1 an)
Temps plein			
Temps partiel			
IDENTIFICATION DE LA PERSONNE QUI FAIT LA DEMANDE			
Prénom et nom:			
Fonction:			
Adresse personnelle :			
Ville:			
Code postal:			
Téléphone bureau :			
Téléphone cellulaire :			
Courriel personnel :			
Date de naissance :			
Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous avez complété ?			
IMPACTS DE LA COVID-19 SUR L'ENTREPRISE			
	Oui	Non	Précisions
Baisse de revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Baisse anticipée des revenus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Occasions d'affaires manquées ou pertes de contrats	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Mises à pied temporaires dans l'immédiat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Arrêt temporaire des activités de l'organisation et fermeture de l'organisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Pertes d'emplois réelles et anticipées	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Difficultés de combler les postes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Autres	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Initiales	
-----------	--

Fonds d'aide à la relance régionale Aide technique (FARR-AT 2) DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIÈRE

DESCRIPTION DU PROJET

Description sommaire du projet

En quoi l'expertise que vous avez retenue vous permettra-t-elle de contrer les impacts négatifs de la COVID-19 sur votre entreprise ?

Initiales	
-----------	--

Fonds d'aide à la relance régionale Aide technique (FARR-AT 2) DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIÈRE

DOCUMENTS À ANNEXER

- États financiers (états des résultats, bilan, comptes clients et comptes fournisseurs) de la dernière année;
- États financiers (états des résultats, bilan, comptes clients et comptes fournisseurs) intérimaires les plus récents;
- États financiers (états des résultats, bilan, comptes clients et comptes fournisseurs) intérimaires pour la même période, l'an passé.
- Soumission du consultant choisi incluant l'échéancier de réalisation et les coûts du mandat.
Le conseiller au dossier pourra exiger un minimum de 2 soumissions s'il le juge à propos.
- Tout autre document jugé pertinent par le conseiller au dossier.

AUTORISATION ET ATTESTATION

- Je déclare que tous les renseignements contenus dans ce document sont véridiques, exacts et complets en tout point et aucun renseignement de nature à influencer sur la décision n'a été dissimulé;
- Je m'engage à collaborer avec la SADC afin de fournir toutes les informations requises pour l'analyse de la présente demande.
- Je consens à recevoir les communications courriel de la SADC de Lotbinière telles que nos bulletins d'informations, communiqués de presse, invitations, etc.
- Je consens à ce que la SADC de Lotbinière divulgue les renseignements qu'elle possède au sujet de l'organisation et du projet aux ministères et organismes gouvernementaux.

Signature du demandeur

Date (jj/mm/aaaa)

Nom du demandeur en lettre moulée

L'équipe de la SADC de Lotbinière s'engage à respecter la confidentialité des renseignements recueillis dans le cadre de présent projet.

Pour toute autre information, n'hésitez pas à téléphoner à l'une de nos conseillères :
Karine Marcoux 418-728-3330 p.226

ou

Madeleine Pouliot 418-728-3330 p.228

Veillez acheminer ce formulaire ainsi que les documents demandés par courriel à
kmarcoux@ciril.qc.ca ou mpouliot@ciril.qc.ca