**FORMULAIRE D’ADMISSIBILITÉ**

**FONDS D’AIDE ET DE RELANCE RÉGIONALE –**

**AIDE TECHNIQUE ET DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE LOCAL**

**(FARR-AT-DEL)**

**SECTION 1. RENSEIGNEMENTS SUR L’ENTREPRISE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom légal de l'entreprise: |  |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) à 10 chiffres : |  |
| Numéro d’entreprise du Canada (ARC) à 9 chiffres : |  |
| Nom d’exploitation (si différent du nom légal) : |  |
| Adresse civique de l’entreprise : |  |
| Nom du représentant de l’entreprise : |  |
| Titre du représentant : |  |
| Ville : |  |
| Code postal : |  |
| Numéro de téléphone de l’entreprise : |  |
| Courriel de l’entreprise : |  |
| Site Web : |  |
| Chiffre d’affaires annuel avant la crise de la Covid-19 : |  |
| Nombre d’emplois avant la COVID-19 : |  |
| Nombre d’emplois actuel : |  |

**Dans quel secteur (et sous-secteur) d’activité œuvre votre entreprise :**

**Primaire**

**Secondaire**

Transformation

Assemblage

**Tertiaire**

Détail

Gros

Services

**Tertiaire à valeur ajoutée**

Biotechnologie

Logiciels et produits dérivés

**Statut juridique de l’entreprise :**

Travailleur autonome

Entreprise enregistrée

Entreprise incorporée

Coopérative

Société en nom collectif (S.E.N.C.)

Société en commandite (S.E.C)

Organisme à but non lucratif (OBNL)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Si incorporée :** | | **Si enregistrée :** |
| **Actionnaires** | **%** | **Propriétaire** |
| Nom : |  | Nom : |
| Nom : |  |

|  |
| --- |
| **Description de l’organisation et des activités :** |
|  |

**Veuillez indiquer si votre organisation est majoritairement détenue ou dessert les groupes mentionnés ci-après en cochant les catégories pertinentes :**

Femmes

Autochtones

Anglophones (membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire)

Jeunes (moins de 40 ans)

Personnes handicapées

Minorités visibles

**SECTION 2. NATURE DE L’AIDE DEMANDÉE**

**Domaine de l’expertise spécialisée :**

Opérations

Ressources humaines

Finance

Technologie de l’information et des communications

Marketing

Management

Développement durable

Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**SECTION 3. IMPACT DE LA COVID-19 SUR VOTRE ORGANISATION**

**Veuillez décrire les répercussions de la Covid-19 sur votre organisation (les anticipations doivent se baser sur des estimations selon les informations dont vous disposez présentement) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **RÉPERCUSSIONS** | **OUI** | **NON** |
| Baisse de revenus |  |  |
| Baisse anticipée des revenus |  |  |
| Occasions d’affaires manquées ou pertes de contrats |  |  |
| Mises à pied temporaires dans l’immédiat |  |  |
| Arrêt temporaire des activités de l’organisation et fermeture de l’organisation |  |  |
| Pertes d’emplois réelles et anticipées |  |  |
| Difficultés de combler les postes |  |  |
| Autres (Précisez :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_) |  |  |

**SECTION 4. RÉSULTATS ESCOMPTÉS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **OUI** | **NON** |
| Maintien des emplois |  |  |
| Maintien des activités de l’organisation |  |  |
| Nouveaux contrats |  |  |
| Nouveaux clients |  |  |
| Nouvelles activités |  |  |
| Commentaires (si aucun des scénarios plus haut ne correspond à votre situation) : | | |

**SECTION 5. AUTORISATION ET ATTESTATION**

Je confirme que les informations fournies et mentionnées dans ce formulaire sont complètes et exactes.

J’accepte que la partie contactée divulgue les renseignements qu’elle possède au sujet de l’organisation et du projet aux ministères et organismes gouvernementaux.

Je m’engage à fournir, sans frais, sans délai et dans la forme demandée, toute information requise pour compléter l’évaluation de la demande d’aide financière.

Signé à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ville) (date)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Nom du signataire autorisé Signature du signataire autorisé**

**Chaque document ci-après doit être joint à la demande :**

* États financiers de la dernière année et intérimaires les plus récents ;
* Soumission de la ressource spécialisée retenue.

**AUTORISATION DE PRISE DE RENSEIGNEMENTS**

**ET DESCRIPTION DE LA DEMANDE FARR-AT-DEL**

|  |
| --- |
| Avez-vous déjà fait une demande ou des affaires à titre de propriétaire d’entreprise, actionnaire ou administrateur d’entreprise auprès de la Société d’aide au développement des collectivités du Fjord inc. ou ses différentes appellations soit : Société Clé Ville de La Baie Bas-Saguenay inc., Centre d’aide aux entreprises Bas-Saguenay inc. (C.A.E.), ou Société d’aide au développement des collectivités La Baie / Bas-Saguenay (S.A.D.C.).  **Oui : Non :**  **Si oui** : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **(Nom de l’entreprise)** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Qui vous a référé à la SADC du Fjord ?** | |
| Infolettre | Comptable |
| Facebook | Client |
| Institution financière / autres organismes | Autres : |

**Consentement de l’entreprise :**

Je (nous) consens (tons) à ce que la Société d’aide au développement des collectivités du Fjord inc. obtienne ou échange des renseignements concernant : , agissant sous la raison sociale : , tel que ci-dessus, auprès de toutes personnes aux fins de réaliser l’aide technique requis par la présente demande.

Je (nous) consens (tons) à ce que la personne contactée communique de tels renseignements à la Société d’aide au développement des collectivités du Fjord inc.. Ce consentement est également valable pour que cette personne puisse utiliser et communiquer des renseignements relativement à un dossier fermé ou inactif.

Signé à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ce \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(ville) (date)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom du signataire autorisé Signature du signataire autorisé