

La délivrance ou le renouvellement d'un certificat de qualité des initiatives de formation est possible seulement pour un employeur dont la masse salariale est de plus de 2 millions de dollars.

Vous pouvez préparer votre demande en suivant les instructions présentées sur le site Web de la Commission des partenaires du marché du travail, à la page [Processus de développement des compétences](#). Le [Guide de présentation d'une demande de certificat de qualité des initiatives de formation](#) peut également être consulté.

Vous pouvez communiquer avec nous par courriel à l'adresse [cqif@mess.gouv.qc.ca](mailto:cqif@mess.gouv.qc.ca) pour toute question relative au certificat de qualité des initiatives de formation.

## Section 1 – Renseignements sur le demandeur

Employeur	<input style="width: 95%;" type="text"/>	NEQ	<input style="width: 95%;" type="text"/>
			Numéro d'entreprise du Québec
Président-directeur général	<input style="width: 30%;" type="text"/>	<input style="width: 30%;" type="text"/>	
	Nom de famille	Prénom	
Adresse	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
	Numéro	Rue, rang ou case postale	
	<input style="width: 80%;" type="text"/>		<input style="width: 10%;" type="text"/>
	Ville, village ou municipalité		Code postal
Nombre d'employés	<input style="width: 50px;" type="text"/>	Masse salariale*	<input type="checkbox"/> 2 millions de dollars ou moins <input type="checkbox"/> De 2 millions à 5 millions de dollars <input type="checkbox"/> De 5 millions à 10 millions de dollars <input type="checkbox"/> Plus de 10 millions de dollars
Responsable de la demande	<input style="width: 30%;" type="text"/>	<input style="width: 30%;" type="text"/>	
	Nom de famille	Prénom	
Fonction	<input style="width: 95%;" type="text"/>		Téléphone
			<input style="width: 150px;" type="text"/>
			Ind. rég.    Numéro    Poste
Courriel	<input style="width: 95%;" type="text"/>		
Responsable substitut pour la demande (facultatif)	<input style="width: 30%;" type="text"/>	<input style="width: 30%;" type="text"/>	
	Nom de famille	Prénom	
Fonction	<input style="width: 95%;" type="text"/>		Téléphone
			<input style="width: 150px;" type="text"/>
			Ind. rég.    Numéro    Poste
Courriel	<input style="width: 95%;" type="text"/>		

\* La masse salariale est calculée conformément aux règles présentées à l'annexe de la [Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre](#).

## Section 2 – Renseignements relatifs au CQIF

**Nature de la demande**

Demande initiale

Numéro du certificat (dans le cas d'un renouvellement)

Renouvellement sans modification  
Choisissez Renouvellement sans modification si le processus de développement des compétences appliqué et les outils utilisés (gabarits, modèles, etc.) restent les mêmes.

Renouvellement avec modification  
Choisissez Renouvellement avec modification s'il y a un changement dans l'entreprise qui est susceptible d'avoir un effet sur la mise en œuvre du processus de développement des compétences (mises à pied massives, lock-out, nouvelle acquisition, restructuration, fusion, changement dans la stratégie de développement des compétences, dégradation des relations de travail mettant en péril la participation des représentants des employés, etc.), ou s'il y a modification du processus de développement des compétences appliqué ou des outils utilisés.

### Période de validité du certificat

- Certificat demandé à compter de l'année en cours  
(seulement si la masse salariale est de plus de 2 millions de dollars)
- Certificat demandé à compter de l'année suivante

### Mode de paiement des droits exigibles pour la délivrance du certificat

- Chèque  Libellez le chèque ou le mandat-poste à l'ordre du ministre des Finances du Québec.
- Mandat-poste
- Carte de crédit  Remplissez le formulaire [Paiement par carte de crédit](#).



## Section 3 – Conditions d'obtention du CQIF

### Règlement sur l'exemption applicable aux titulaires d'un certificat de qualité des initiatives de formation (RLRQ, chapitre D-8.3, r. 5)

#### Article 3

3. Un certificat de qualité des initiatives de formation est délivré par le ministre à un employeur qui en fait la demande par écrit, au moyen du formulaire mis à sa disposition, si les conditions suivantes sont remplies :

1° l'employeur s'engage, pour la durée de validité du certificat, dans une démarche de formation continue de ses employés par la mise en oeuvre et l'application d'un processus de développement des compétences relié à la stratégie de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme et comprenant notamment :

- l'analyse de la situation de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme, ses perspectives en matière d'amélioration et de développement des compétences et l'identification de ses besoins de formation;
- un plan des activités de formation envisagées comprenant un mécanisme de suivi de la mise en oeuvre de ces activités;

- l'identification de la méthode privilégiée pour évaluer les impacts de la formation dispensée aux employés;
- l'élaboration du processus de développement des compétences se fait au sein de l'entreprise, du ministère ou de l'organisme, dans le cadre d'une structure formelle de concertation requérant la participation de représentants de l'employeur et de représentants des employés;
- le processus de développement des compétences prévoit la participation de représentants de l'employeur et de représentants des employés à toutes les étapes de sa mise en oeuvre;
- l'employeur s'engage à permettre qu'une vérification puisse être effectuée conformément à l'article 7.

## Section 4 – Déclaration du demandeur

Je soussigné

- confirme que les renseignements fournis dans cette demande et dans les documents afférents sont complets et véridiques en tous points;
- confirme avoir lu et compris les conditions d'obtention du CQIF décrites à la section 3 du présent formulaire et m'engage à les respecter;
- consens à fournir aux représentants du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale toute l'information nécessaire au traitement de cette demande et, le cas échéant, toute l'information requise dans le cadre de la vérification relative à la mise en oeuvre et à l'application du processus de développement des compétences. [Réf. chapitre D-8.3, r. 5 article 7.](#)

Année	Mois	Jour
_____	_____	_____
Date		

Nom du responsable de la demande (en caractères d'imprimerie)

Signature du responsable de la demande

## Section 5 – Attestation

L'entreprise, le Ministère ou l'organisme s'engage dans la mise en oeuvre et l'application d'un [processus de développement des compétences](#).

**Joignez un document décrivant le processus ainsi que tous les documents et outils à l'appui de la demande si celle-ci correspond à une demande initiale ou à une demande de renouvellement avec modification.**

Nous soussignés, au nom de la partie que nous représentons, attestons que

- Le processus de développement des compétences **est en application** au sein de notre organisation. Il a été élaboré dans le cadre d'une ou de plusieurs structures formelles de concertation requérant la participation de représentants de l'employeur et de représentants des employés. Il comprend les étapes énumérées dans le [guide de présentation](#) d'une demande de CQIF. Il prévoit également notre participation à titre de représentants de l'employeur et de représentants des employés, à toutes les étapes.
- Le processus de développement des compétences **est partiellement appliqué** au sein de notre organisation. Nous poursuivons l'élaboration du processus de développement des compétences en conformité avec les étapes énumérées dans le [guide de présentation](#) d'une demande CQIF, dans le cadre d'une ou de plusieurs structures formelles de concertation requérant notre participation à titre de représentants de l'employeur et des représentants des employés. De plus, nous participerons à la mise en oeuvre et à l'application du processus à titre de représentants de l'employeur et de représentants des employés, à toutes les étapes.

#### Représentants de l'employeur (personnes autorisées)

_____			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
_____			
Fonction			
_____	_____	_____	_____
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
_____	_____	_____	_____
Année	Mois	Jour	
_____	_____	_____	
Date			Signature

_____			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
_____			
Fonction			
_____	_____	_____	_____
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
_____	_____	_____	_____
Année	Mois	Jour	
_____	_____	_____	
Date			Signature

#### Représentants du syndicat ou des employés (personnes autorisées)

_____				
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)				
_____				
Fonction				
_____	_____	_____	_____	_____
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste	Catégorie d'emploi représentée
_____	_____	_____	_____	_____
Année	Mois	Jour		
_____	_____	_____		
Date			Signature	

_____				
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)				
_____				
Fonction				
_____	_____	_____	_____	_____
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste	Catégorie d'emploi représentée
_____	_____	_____	_____	_____
Année	Mois	Jour		
_____	_____	_____		
Date			Signature	



## Section 5 – Attestation (suite)

### Représentants de l'employeur (personnes autorisées)

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

Annexez une feuille supplémentaire au besoin pour les signatures.

### Représentants du syndicat ou des employés (personnes autorisées)

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

[ ]			
Nom de famille, prénom (en caractères d'imprimerie)			
[ ]			
Fonction			
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Ind. rég.	Numéro	Téléphone	Poste
[ ]	[ ]	[ ]	[ ]
Année	Mois	Jour	
[ ]	[ ]	[ ]	
Date	Signature		

## PROTECTION DES RENSEIGNEMENTS CONFIDENTIELS

Les renseignements confidentiels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale. L'accès à ces renseignements est limité aux seules personnes autorisées à les consulter dans l'exercice de leurs fonctions. Vous avez le droit de connaître les renseignements que le Ministère détient à votre sujet, d'en recevoir communication ou d'en demander la rectification. Vous devez en faire la demande par écrit et l'adresser au responsable de l'accès aux documents et de la protection des renseignements personnels.

## COMMENT AVEZ-VOUS PRIS CONNAISSANCE DU CQIF?

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Emploi-Québec         | <input type="checkbox"/> Séance de formation sur la Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3) |
| <input type="checkbox"/> Campagne de promotion | <input type="checkbox"/> Séance d'information donnée par : _____   |
| <input type="checkbox"/> Internet              | <input type="checkbox"/> Autres, précisez : _____  |

## TRANSMISSION DE LA DEMANDE

- Veuillez transmettre ce formulaire rempli, signé et accompagné des documents requis, par courriel ou par la poste à l'adresse suivante :

### Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale

Demande CQIF

Direction du soutien au développement de la main-d'œuvre

655, rue Parthenais, 3e étage

Montréal (Québec) H2K 3R7

Courriel : [cqif@mess.gouv.qc.ca](mailto:cqif@mess.gouv.qc.ca)

**Le paiement des droits exigibles (le chèque, le mandat-poste ou le formulaire *Paiement par carte de crédit*) doit obligatoirement être transmis par la poste.**

