

Loi favorisant le développement et la reconnaissance des compétences de la main-d'œuvre (RLRQ, chapitre D-8.3)
Règlement sur les mutuelles de formation (RLRQ, chapitre D-8.3, r.7)

Note : La forme masculine utilisée dans ce formulaire désigne aussi bien les femmes que les hommes lorsque le contexte s'y prête.

Vous pouvez préparer votre demande à l'aide du [Guide sur les mutuelles de formation](#). Vous pouvez également nous envoyer un courriel à l'adresse partenaires@mtess.gouv.qc.ca.

Section 1 – Nature de la demande

Demande initiale
 Renouvellement

Section 2 – Renseignements sur l'organisme demandeur

A Nom de l'organisme NEQ
Numéro d'entreprise du Québec

Adresse
Numéro Rue, rang ou case postale

Ville, village ou municipalité Code postal

B Responsable de la demande
Nom de famille Prénom

Fonction Téléphone
Ind. rég. Numéro Poste

Courriel Télécopieur
Ind. rég. Numéro

C Personne à contacter
Nom de famille Prénom

Adresse (si différente)
Numéro Rue, rang ou case postale

Ville, village ou municipalité Code postal

Courriel Téléphone
Ind. rég. Numéro Poste

D Type d'organisme

Comité sectoriel de main-d'œuvre reconnu par la Commission des partenaires du marché du travail

Comité paritaire constitué en vertu de la Loi sur les décrets de convention collective (RLRQ, chapitre D-2)

Regroupement* d'employeurs à caractère régional

Regroupement* d'employeurs à caractère sectoriel

Regroupement* d'employeurs donneurs d'ouvrage et sous-traitants d'un même domaine industriel

* Le regroupement doit être constitué en personne morale en vertu de la partie III de la Loi sur les compagnies (RLRQ, chapitre C-38).

E Secteur ou sous-secteur d'activité économique visé, selon le cas

F Région ou territoire visé, selon le cas

Section 3 – Renseignements sur les employeurs prêts à participer à la mutuelle de formation

Nom de l'employeur	NEQ
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
<input style="width: 95%;" type="text"/>	<input style="width: 95%;" type="text"/>

Joignez un document en annexe, s'il y a lieu.



Section 4 – Composition du conseil d'administration

Cochez la case appropriée : **A** Représentant de l'employeur **B** Représentant des employés **C** Autre représentant

A	B	C	Nom du représentant	Nom de l'employeur ou de l'organisme
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

Joignez une résolution du conseil d'administration, s'il y a lieu. (Voir [Guide sur les mutuelles de formation](#))

Section 5 – Sommaire de la problématique commune

Les employeurs membres partagent une problématique commune sur le plan du développement et de la reconnaissance des compétences.

Si vous manquez d'espace, joignez un document en annexe.

Section 6 – Solution à la problématique

Précisez en quoi la mutualisation des services répond à la problématique.

Si vous manquez d'espace, joignez un document en annexe.

Section 7 – Droits exigibles

Les droits exigibles pour le traitement d'une demande de reconnaissance ou son renouvellement sont de 250 \$. Veuillez indiquer de quelle façon les droits exigibles seront payés.

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 8 – Modalités de reconnaissance de la mutuelle de formation

Extrait du [Règlement sur les mutuelles de formation](#) (RLRQ, chapitre D-8.3, r.7)

Article 4. Pour être reconnu à titre de mutuelle de formation, le demandeur doit démontrer que les employeurs prêts à participer à la mutuelle forment un type de regroupement autorisé par l'article 3 et partagent une problématique commune sur le plan du développement et de la reconnaissance des compétences. Le demandeur doit également démontrer que la mutualisation des services de formation est une manière appropriée de répondre à cette problématique,

que les employeurs concernés partagent une volonté de concertation et qu'ils sont en nombre suffisant pour assurer la viabilité de la mutuelle de formation. Une problématique est considérée commune lorsque des employeurs éprouvent des difficultés de même nature en ce qui a trait à l'amélioration de la qualification et des compétences de leur main-d'œuvre ou à la gestion et à l'organisation de la formation de cette main-d'œuvre.



Section 9 – Déclaration de l'organisme 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 modalités de reconnaissance de la mutuelle de formation décrites à la section 8 du présent formulaire et m'engage à les respecter ;
- consens à fournir aux représentants du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale toute l'information nécessaire au traitement et au suivi de cette demande.

Date

Nom de la personne autorisée (en caractères d'imprimerie)

Signature de la personne autorisée

Section 10 – Documents à joindre à la demande

Copies des documents constitutifs de l'organisme demandeur (documents faisant foi de la constitution en personne morale de l'organisme).

Résolution du conseil d'administration de l'organisme demandeur demandant la reconnaissance.

Résolution du conseil d'administration du comité sectoriel de main-d'œuvre appuyant la demande, lorsque l'organisme demandeur est un regroupement d'employeurs sectoriel pour lequel un comité sectoriel de main-d'œuvre existe.

Protection des renseignements confidentiels

Les renseignements confidentiels recueillis dans ce formulaire sont nécessaires à l'exercice des attributions du ministère du Travail, 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.

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 :

Commission des partenaires du marché du travail

Direction du soutien opérationnel au développement de la main-d'œuvre
800, rue du Square-Victoria, 29^e étage
Case postale 100
Montréal (Québec) H4Z 1B7
Courriel : partenaires@mtess.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.

