



## Éducation et formation ABAWD Dossier mensuel de participation (French)

### INSTRUCTIONS

Les adultes valides sans personne à charge (Able-Bodied Adults Without Dependents, ABAWD) qui ne travaillent pas peuvent satisfaire aux règles fédérales de travail pour les ABAWD en participant à des programmes d'éducation ou de formation spécifiques pendant au moins 20 heures par semaine (80 heures par mois). N'utilisez pas ce formulaire pour prouver votre inscription dans un établissement d'enseignement secondaire ou supérieur. Contactez le prestataire du programme Voies d'accès à la carrière et à l'emploi (Pathways for Access to Careers and Employment, PACE) au numéro de téléphone figurant à la dernière page de cet avis pour savoir comment prouver que vous êtes au lycée ou à l'université. Vous n'avez pas à remplir ce formulaire si vous êtes exempt(e) des règles fédérales de travail pour les personnes ABAWD.

#### ■ Étape 1 : Faites remplir la partie 2 par un membre du personnel du programme

Si vous suivez un programme d'éducation ou de formation, remettez ce formulaire au prestataire qui vous dispense ce programme. Demandez-lui de remplir la partie 2 de ce formulaire.

#### ■ Étape 2 : Soumettez ce formulaire complété à l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA)

Vous devez remettre ce formulaire dûment rempli au prestataire PACE chaque mois pour prouver que vous respectez les règles fédérales de travail pour les ABAWD. Si vous ne fournissez pas les justificatifs de votre participation, vous risquez de perdre vos allocations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP).

**Remarque :** Si quelque chose vous empêche de participer à votre programme d'éducation ou de formation, veuillez en informer le prestataire PACE au numéro de téléphone figurant à la dernière page de cet avis, en indiquant la raison et la ou les dates auxquelles vous n'avez pas pu y participer.

---

### Partie 1 : À compléter par le/la client(e)

---

Nom du/de la client(e)

---

Numéro du dossier

---

Comté

---

Adresse

#### **Autorisation du/de la client(e)**

J'autorise la communication à la HRA des informations demandées sur le programme d'éducation ou de formation.

---

Signature du/de la client(e)

---

Date

(Tourner la page)

## Éducation et formation ABAWD Dossier mensuel de participation *(suite)*

---

### Partie 2 : À remplir par le personnel du programme d'éducation ou de formation

---

Nom du programme

---

Nom du prestataire ou de l'agence

---

Adresse du prestataire ou de l'agence

---

Ce programme comprend : (cochez tous les éléments qui s'appliquent)

- Diplôme d'équivalence des études secondaires (General Educational Development, GED)
  - Anglais en tant que seconde langue (English as a Second Language, ESL)
  - Apprentissage par le travail (y compris stages, apprentissages, formation sur le terrain, etc.)
  - Recherche d'un emploi                       Enseignement fondamental pour adultes
  - Formation professionnelle ou technique     Formation pour la préparation à l'emploi
  - Autre : \_\_\_\_\_
- 

\_\_\_\_\_

Date à laquelle le/la client(e) a commencé le programme

\_\_\_\_\_

Date à laquelle le/la client(e) prévoit de terminer le programme

\_\_\_\_\_

Nombre d'heures de participation du/de la client(e) au programme

\_\_\_\_\_

Nombre d'heures par semaine consacrées à la recherche d'un emploi ou aux activités de préparation à l'emploi

Ce programme est : (cochez une seule case)

- Un programme du Titre 1 de la Loi sur l'innovation et les perspectives d'emploi professionnel (Workforce Innovation and Opportunity Act, WIOA)
- Un programme relevant de la section 236 de la Loi sur le commerce de 1974 (Trade Act of 1974)
- Un programme d'emploi et de formation pour les anciens combattants organisé par le Département du travail (Department of Labor) ou par le Département des affaires des anciens combattants (Department of Veterans Affairs)
- Un service d'employabilité des réfugiés reconnu par le gouvernement fédéral (approuvé, financé ou géré par le Bureau fédéral de réinstallation des réfugiés [Office of Refugee Resettlement])

**(Tourner la page)**

## Éducation et formation ABAWD Registre de participation mensuel *(suite)*

### Certification du programme

Je certifie que le/la client(e) mentionné(e) dans la partie 1 participe actuellement au programme décrit ci-dessus.

\_\_\_\_\_  
Nom du personnel du programme (en caractères d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
Fonction du personnel du programme

\_\_\_\_\_  
Téléphone du personnel du programme

\_\_\_\_\_  
Signature du personnel du programme

\_\_\_\_\_  
Date

### COMMENT RENVOYER CE FORMULAIRE AU PRESTATAIRE PACE



**PAR E-MAIL** — \_\_\_\_\_



**EN PERSONNE** — \_\_\_\_\_  
Apportez des copies des documents à :



**PAR TÉLÉCOPIE** — Envoyez les documents à \_\_\_\_\_

**Vous souffrez d'un handicap ou d'un problème de santé physique ou mentale ?** Ce problème vous empêche de comprendre le présent avis ou de faire ce qui vous y est demandé ? Ce problème de santé vous empêche de bénéficier d'autres services de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 718-557-1399. Vous pouvez également demander de l'aide en vous rendant dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.