

**Division des solutions de recrutement
Département du commerce de North
Carolina**

**Demande de formation et de prestations
Aide à l'ajustement commercial
(Acte commercial de 1974, tel que modifié)**

Originale Revision No. _____
Section de revision complète

Nom de l'employé (Nom, prénom, initiale du deuxième prénom)	No. d'identification de demande OU de sécurité sociale	Nom/numéro du centre de cout	Numéro de pétition TAW –
Adresse (No., rue)	Sexe	Date de naissance	Date de certification de pétition :
Ville	État	Code postal + 4	Date de référence aux cessations d'emploi :

ÉDUCATION/(Personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

Meilleure note obtenue	Lycée ou équivalent	Diplôme d'études supérieures /Formation	Diplôme d'études supérieures/Formation
<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
<input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4	Nom de l'école :	Nom de l'école :	Nom de l'école :
<input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6		Nom & année du diplôme :	Nom & année du diplôme :
<input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8		spécialité :	spécialité :
<input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10		Description:/Formation :	Description:/Formation :
<input type="checkbox"/> 11			

HISTORIQUE D'EMPLOI/(personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

(1) Nom de l'employeur :	(2) Nom de l'employeur :
Date de début :	Date de début :
Date de fin :	Date de fin :
Taux de rémunération :	Taux de rémunération :
Titre du poste/Description :	Titre du poste/Description :

Nom de l'employé _____

SSN ou ID de demande : _____

TAW - _____

DEMANDE DE FORMATION/(personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

Je demande la considération du programme(s) de formation ci-dessous et les allocations auxquelles j'ai droit en vertu de la loi de l'ajustement commercial de 1974, telle que modifiée. Les PLANS DE FORMATION SONT FINANCÉS SUR UNE BASE ANNUELLE À PARTIR DU 1 OCTOBRE DE CHAQUE ANNÉE FISCALE. JE COMPRENDS QU'UNE SUBVENTION PEUT NE PAS ÊTRE DISPONIBLE APRÈS LE 30 SEPTEMBRE _____. Les informations continues dans cette demande sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Je comprends que des sanctions sont prévues pour une fausse déclaration volontairement faite pour bénéficier d'allocations auxquelles je n'ai pas droit.

SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR _____

DATE DE DÉPÔT DE DEMANDE _____

réparatrice*	Professionnelle	FCE/Sur mesure
Date d'admission à la formation/Date de fin estimée	Date d'admission à la formation/Date de fin estimée	Date d'admission à la formation/Date de fin estimée
/	/	/
N/A	Code O'Net :	Code O'Net :
Ne pas introduire		
Semaines à compléter : (26 semaines d'intervalle)	Semaines à compléter	Semaines à compléter
Type de formation réparatrice :	Titre professionnel de formation :	Titre du poste :
Nom du fournisseur de formation :	Nom du fournisseur de formation :	Nom du fournisseur de formation :
Objectif d'emploi/de la remédiation :	Objectif d'emploi/sur le plan professionnel :	Objectif d'emploi/sur le plan professionnel :
*ABE, GED, HSD, ESL, Développement Math, Anglais, Lecture	Salaire de départ moyen pour l'objectif sur le plan professionnel :	Salaire de départ :
	\$	\$
	Disposé à déménager ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

OBSTACLE (S) A L'EMPLOI/(personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

(lister les obstacles)	Plan pour dépasser l'obstacle(s) :

FONDS DE FORMATIONS ENGAGÉS

Année de programme :	Année de programme :	Année de programme :	Est. du cout total de formation
\$	\$	\$	\$
			Est. des frais totaux de Transport/séjour
\$	\$	\$	\$

			Est. du cout total de FCE
\$	\$	\$	\$
Commentaires :			

DEMANDE DE REVISIONS DU PLAN DE FORMATION / (personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

<input type="checkbox"/> Changer le nombre de semaines à ____ ou la formation termine le _____ Expliquer la raison : _____	<input type="checkbox"/> a terminé la formation réparatrice et désire suivre une formation professionnelle. (Remplissez une demande de formation professionnelle ci-dessus) <input type="checkbox"/> formation approuvée par WIA le _____ <input type="checkbox"/> formation approuvée par NEG le _____
<input type="checkbox"/> Changer le programme. Expliquer la raison : _____	<input type="checkbox"/> réception d'une bourse Pelle à partir du _____ <input type="checkbox"/> dans la formation WIA approuvée, demande des fonds AAC de _____ \$ <input type="checkbox"/> : Autre _____

FONDS DE FORMATION / (personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

Type de fonds	Date d'inscription (WIA ou NEG uniquement)	Cout prévu* (AAC UNIQUEMENT)
<input type="checkbox"/> TAA		\$
<input type="checkbox"/> WIA	*	*pour des fournisseurs autres que le collège communautaire NC, soumettre le cout prévu par semestre et cout prévu total par demande de formation.
<input type="checkbox"/> NEG	*	
<input type="checkbox"/> PELL	*Indiquer la date d'inscription de l'employé pour bénéficier de soit des fonds locaux WIA ou NEG	
<input type="checkbox"/> Autre :		

CERTIFICATION AAC / (personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

Je certifie aux exigences ci-dessous pour l'admissibilité en vertu de la loi d'ajustement commercial, telle que modifiée :

- OUI NON 1. Emploi convenable n'est pas disponible.
 OUI NON 2. il/elle bénéficiera d'une formation adéquate.
 OUI NON 3. Il y a une attente raisonnable d'emploi après la formation.
 OUI NON 4. une formation est raisonnablement disponible.
 OUI NON 5. L'employé est qualifié pour entreprendre et compléter cette formation.
 OUI NON 6. Cette formation est convenable et disponible à cout raisonnable.

Explication des critères non satisfaits : _____

SERVICES WIA (personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

l'employé a-t-il été renvoyé aux services WIA : OUI NON
 l'employé est-il entré dans une formation approuvée par WIA ? OUI NON si oui, introduire la date de début de formation : _____

CERTIFICATION AAC LOCALE (personnel du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS)

Je conviens de ce plan d'employabilité et participerai de toute la mesure possible. Je comprends que si je ne participe pas activement dans ce plan, j'annulerai et je mettrai en péril la conclusion réussie de cet accord. Je comprends que si j'échoue sans aucune cause justifiable, je peux devenir inadmissible aux allocations TRA hebdomadaires.

_____	_____
SIGNATURE DU REPRESENTANT AAC DU BUREAU LOCAL	DATE DE DÉPÔT DE DEMANDE
_____	_____
SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ	DATE DE DÉPÔT DE DEMANDE

CERTIFICATION AAC D'ÉTAT

Cette demande de formation est approuvée. Cette demande de formation est annulée.

COORDINATEUR AAC

DATE DE DÉCISION

Commentaires :

RESPONSIBILITES DU PARTICIPANT DANS LA FORMATION & CONDITIONS D'ADMISSIBILITÉ CONTINUE

En initialisant, le participant accepte les conditions suivantes :

1. ____ Maintenir un statut de formation plein-temps, comme défini par le fournisseur de formation, pour la période de formation à moins d'indication contraire approuvée.
2. ____ Le participant comprend que ne pas assister à chaque session consécutive, trimestrielle ou semestrielle de la formation sans approbation préalable de la Division des Solutions de Recrutement (DSR) du Département du Commerce de North Carolina sera considéré comme cessation.
3. ____ Maintenir un progrès « satisfaisant » durant la formation. Si la formation ne peut pas être complétée durant ou avant la date de finition autorisée, le progrès sera classifié comme « insatisfaisant ». Ne pas maintenir un progrès « satisfaisant » peut résulter dans un refus d'allocations TRA et/ou résiliation de la formation.
4. ____ Coopérer avec le centre de formation pour faciliter la finalisation et une soumission ponctuelle du formulaire de référence et NCDWS 2793 « présences bi-hebdomadaire et bonne d'allocation » pour vérifier la présence et le remboursement des frais de transport admissibles. Le formulaire NCDWS 2793 doit être soumis sur une base bi-hebdomadaire jusqu'à la fin de la formation.
5. ____ Assister à tous les cours programmés. Toute absence(s) peut résulter dans le refus des allocations TRA/AC pour la semaine de l'absence. Des absences excessives peuvent résulter dans la cessation de formation.
6. ____ Aucun changement dans votre programme de formation ou abandon des cours ne peut être effectué sans approbation préalable. AAC payera pour une formation nécessaire uniquement. Le paiement des cours échoués et des rattrapages peut être accordé avec l'approbation du coordinateur AAC d'état. Ne pas obtenir une approbation préalable pour abandonner les cours peut résulter dans la cessation de formation et/ou remboursement exigé des dépenses de formations qui n'étaient pas approuvées à l'avance.
7. ____ S'inscrire uniquement dans les cours dans votre spécialité et recevoir une approbation pour les classes en ligne (apprentissage à distance) avant de s'inscrire. Les cours en dehors de votre spécialité ne sont pas la responsabilité financière du programme AAC.
8. ____ durant la formation, vous devez fournir au responsable du dossier AAC les documents suivants :
 - Un CV actuel
 - la description, exigences, et couts de votre programme de formation.
 - Un formulaire d'inscription de votre fournisseur de formation avant le début du semestre.
 - Les notes à la fin de chaque semestre.
 - Copie des accréditations de formation comme un diplôme, certificat ou niveau.
 - À la fin de la formation, notification de votre gestionnaire de cas AAC quand vous avez obtenu l'emploi.
9. ____ Obtenir uniquement les livres, fournitures, outils, etc. qui sont requis par votre programme. Les outils/fournitures requis doivent être approuvés par un représentant du fournisseur de formation. Une liste des outils/fournitures requis signée par un représentant du fournisseur de formation doit être communiquée au DSR. Ne pas payer de frais, couts de formation, etc. ou acheter des livres, fournitures, etc à moins de recevoir une approbation préalable.
10. ____ AAC n'achètera pas d'ordinateurs sans une lettre du doyen ou une déclaration du chef de département que chaque étudiant doit acheter son propre ordinateur afin d'assister au cours. Aucun matériel informatique, connexion internet, imprimantes ou cartouches d'encre ne sera payé(e) par le programme AAC.
11. ____ Si vous quittez la formation pour une raison quelconque, vous devez immédiatement notifier le centre de formation et votre gestionnaire de cas AAC dans le bureau du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS. Vous devez suivre les procédures de retrait du centre de formation ; et en partant de la formation, vous devez immédiatement remettre les outils, kits de cosmétologie, etc. au gestionnaire de cas AAC.
12. ____ Quitter la formation approuvée sans « bonne raison » peut résulter dans la disqualification pour toutes les allocations suivant l'acte commercial.
13. ____ Les allocations TRA et AC sont payables pour un montant et une durée spécifiés. Vous êtes censé finir votre programme de formation même si les allocations TRA/AC peuvent être épuisées avant la fin de formation.
14. ____ Les frais de transport seront pris en considération pour déterminer si les frais du programme de formation sont raisonnables. Une indemnité de transport peut être demandée si, et uniquement si, le kilométrage aller-retour est de 40 kilomètres ou plus et ça commencera à partir du kilomètre 41. Le kilométrage aller-retour est calculé en mesurant la distance la plus courte de votre résidence au centre de formation et de retour vers votre résidence. Une indemnité de transport est un remboursement qui sera payé à un taux consistant avec le taux de kilométrage fédéral standard.

15. ___ Adresser les questions concernant votre formation, demande AC ou TRA à votre bureau du centre d'orientation professionnelle de NCWORKS local.

SIGNATURE DU REPRESENTANT AAC DU BUREAU LOCAL

DATE DE DÉPÔT DE DEMANDE

SIGNATURE DE L'EMPLOYÉ

DATE DE DÉPÔT DE DEMANDE