



BUREAU DU CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI

Agent responsable du Programme
d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire
54, Makwa Mikan
Maniwaki, QC
J9E 3B1

Tél.: 819.441.1581
Sans frais : 1.888.440.1275
Télécopieur : 819.449.1246
Courrier électronique : post.secondary@kza.qc.ca

Liste de vérification pour une demande du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire:

Nom du demandeur: _____ Date: _____

*Seulement les demandes complètes peuvent être traitées. La liste suivante détaille les exigences d'une demande complète. **Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.***

S'il vous plaît cocher ✓ chaque élément approprié :

EXIGENCES	CI-JOINT
1. Les formulaires de demande du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire doivent être remplis et signés <i>Tous les demandeurs. (Si vous avez moins de 18 ans un parent devra signer.)</i> <ul style="list-style-type: none">○ Annexe III - Formulaire d'autorisation <u>signé</u> <i>Le demandeur.</i>○ Annexe XIII - Autorisation de divulgation des renseignements personnels d'un étudiant <u>signé</u> <i>Nouveau demandeur.</i>	
2. Copie de la carte de statut indien (recto verso). <i>Nouveau demandeur seulement.</i>	
3. Copie d'une lettre d'acceptation officielle de leur admission provenant d'un établissement public d'enseignement de niveau postsecondaire qu'ils fréquenteront ou qu'ils continueront de fréquenter. <i>Le demandeur.</i>	
4. Copie d'un relevé de notes officiel du trimestre précédent. <i>Le demandeur.</i>	
5. Copie du certificat de naissance ou de la carte médicale de l'étudiant. Le nom du parent doit être inscrit sur le document. <i>Nouveau demandeur seulement.</i>	
6. Copie d'un spécimen de chèque pour le dépôt direct. <i>Nouveau demandeur seulement; ou si l'information bancaire a changé.</i>	
7. Je promets de présenter une copie de l'horaire des cours dès qu'il est disponible à l'agent responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire <i>Le demandeur.</i>	

X _____

Signature de l'étudiant



Agent responsable du Programme
d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire
54, Makwa Mikan
Maniwaki, QC
J9E 3B1

Tél.: 819.441.1581
Sans frais : 1.888.440.1275
Télécopieur : 819.449.1246
Courrier électronique : post.secondary@kza.qc.ca

DEMANDE D'AIDE AU PROGRAMME D'AIDE AUX ÉTUDIANTS DE NIVEAU POSTSECONDAIRE

Les demandes incomplètes NE SERONT PAS traitées. Aucun paiement ne sera effectué tant que la Liste de vérification est complétée et signée et que la Demande d'aide est approuvée

Dates limites pour la présentation des demandes au CEKZ :
automne : 1^{er} juillet • hiver : 1^{er} novembre • printemps / été : 15 avril

Temps partiel : Temps plein : Frais de scolarité et livres seulement :

Identité du trimestre

printemps / été date de début: _____ date de fin: _____
(mai-août)

automne et hiver date de début: _____ date de fin: _____
(sept.-avril)

automne date de début: _____ date de fin: _____
(sept.-déc.)

hiver date de début: _____ date de fin: _____
(jan.-avril)

Nouveau réinscription étudiant régulier # de l'étudiant : _____

Date de naissance : _____ N.A.S.# : _____ - _____ - _____

Bande : _____ Code de bande : 073 Sexe : Masculin Féminin

Avez-vous déjà fait une demande d'aide financière ? Oui Non

Avez-vous déjà été sous probation selon le section 9.0 du programme d'aide financière ? Oui Non

Nom : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone : _____ *Personne à contacter*

Numéro de téléphone : _____ Nom : _____

Courriel : _____ Rapport au demandeur : _____

Télécopieur : _____ Téléphone: _____

Adresse physique : _____

Adresse postale : _____
(si votre adresse physique est différent)

Seulement les demandes complètes peuvent être traités. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

État civil : célibataire marié conjoint de fait (plus de 12 mois)

Résidence Permanente : Réserve Hors Réserve

Résidence canadien : oui non

Nombre de personnes à charge

Nombre de personnes à charge vivant avec moi : 0 (ne s'applique pas) 1 Temps plein
2 Temps partiel
3+ Autre _____

Nom et date de naissance de chaque personne à charge

Nom	Date de naissance	Carte d'assurance-maladie et/ou certificat de naissance annexés

NOTE: le candidat doit fournir la carte d'assurance-maladie et/ou le certificat de naissance des enfants, le nom des parents doit apparaître sur les pièce justificatives.

ANTÉCÉDENTS SCOLAIRES

Études secondaires terminée : oui non année : _____

Formation postsecondaire ou autre formation terminée

Établissement d'enseignement	Endroit	Année	Cours suivi	Diplôme/attestation

Seulement les demandes complètes peuvent être traitées. Les demandes incomplètes ne seront pas traitées.

PROJET SCOLAIRE

Fréquentation : Temps plein Temps partiel

Type de programme : Cégep/collège communautaire Université Autre _____

Nombre d'heures par semaine _____
(non compris les travaux de laboratoire ou des tutoriels)

Méthode de prestation de cours : salle de classe enseignement à distance virtuel (internet)
cours mixte : classe et l'enseignement à distance)
cours mixte : classe et virtuel (internet)

Niveau d'éducation recherché : B.A. M.A. PH.D Certificat Diplôme
Collège/Préparation universitaire Autre _____

Programme : _____
Si vous êtes à temps partiel, indiquer le cours et le code

Établissement d'enseignement : _____

Téléphone: _____ Télécopieur: _____

Adresse: _____

Durée du programme : _____

Si vous continuez vos études, quelle est la date de début réelle: _____

Admission : Finale Continued Acceptation conditionnelle

Date prévue de l'obtention du diplôme : _____

Je déclare que les renseignements fournis sont complets et exacts.

Signature du candidat : _____

Signature des parents : _____
(si moins de 18 ans)

Date de la demande: _____



BUREAU DU CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI

*Agent responsable du Programme
d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire*

54, Makwa Mikan
Maniwaki, QC
J9E 3B1

Tél.: 819.441.1581
Sans frais : 1.888.440.1275
Télécopieur : 819.449.1246

Courrier électronique : post.secondary@kza.qc.ca

ANNEXE III
FORMULAIRE D'AUTORISATION

**CONFIRMATION DE L'INSCRIPTION, RELEVÉ DE NOTES
ET FRÉQUENTATION SCOLAIRE**

Veillez indiquer le trimestre : Automne **20**____
Hiver **20**____
Printemps/Été **20**____

Établissement d'enseignement : _____

Ceci confirme que je _____ fréquente l'établissement d'enseignement mentionné ci-dessus. J'autorise le Conseil d'éducation de Kitigan Zibi à obtenir l'information ou tous les documents qui concernent la confirmation de mon inscription, le relevé de notes et l'attestation de fréquentation scolaire.

En outre, je comprends que je devrai peut-être remplir une autorisation officielle supplémentaire pour la divulgation d'information de l'élève avec l'institution post-secondaire que je fréquente.***

Signature de l'étudiant

Signature des parents (moins de 18 ans)

*** S'il vous plaît communiquez avec l'agent responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveaux postsecondaire.


BUREAU DU CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI

*Agent responsable du Programme
d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire*

54, Makwa Mikan
Maniwaki, QC
J9E 3B1

Tél.: 819.441.1581
Sans frais : 1.888.440.1275
Télécopieur : 819.449.1246

Courrier électronique : post.secondary@kza.qc.ca

ANNEXE XIII

CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI
PROGRAMME D'AIDE AUX ÉTUDIANTS DE NIVEAU POSTSECONDAIRE

AUTORISATION DE DIVULGATION D'INFORMATIONS SUR UN ÉTUDIANT

Le Conseil d'éducation de Kitigan Zibi respecte la confidentialité des documents et renseignements des étudiants par un serment de confidentialité qui lie tous ses employés tel que défini par la Politique des ressources humaines de Kitigan Zibi Anishinabeg afin de protéger la vie privée et les informations personnelles détenues dans les dossiers et renseignements des étudiants. Cette politique est appuyée par la Loi sur la protection des renseignements personnels et les documents électroniques (LPRPDE*).

Conformément à la LPRPDE et la Politique des ressources humaines de Kitigan Zibi, l'administration du Conseil d'éducation et le responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire ne peuvent transmettre ou divulguer toute information sans une autorisation écrite de l'étudiant. Le fait de remplir le présent formulaire autorise la divulgation d'informations tel que spécifié par l'étudiant.

SVP ÉCRIRE LISIBLEMENT

Je, _____ (nom) autorise le Conseil d'éducation de

Kitigan Zibi / le responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire à divulguer l'information se rapportant à mon dossier académique, ma demande d'inscription, la confirmation de mon acceptation, le programme d'études /de cours, mes résultats académiques et/ou les informations sur l'assistance financière tel que demandé par :

Nom : _____ Effectif à compter de _____ (date)

Nom : _____ Effectif à compter de _____ (date)

Je comprends que cette autorisation demeurera valide tant que je n'aurai pas soumis un avis écrit au responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire l'informant du retrait de cette autorisation.

Signature de l'étudiant

Date



BUREAU DU CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI ENTENTE DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE AUX ÉTUDIANTS DE NIVEAU POSTSECONDAIRE

Cette entente pour le versement d'une aide financière dans le cadre du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire est conclue entre;

★ 1^{er} partie; Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi au 54 Makwa Mikan, Kitigan Zibi Anishinabeg QC J9E 3B1

ET

★ 2^e partie; Étudiant/Membre de la communauté KZA _____ N^o. de registre : _____

Cette entente entre le Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi et l'Étudiant/Membre de la communauté KZA est conclue sur la base des termes et conditions suivantes:

- J'accepte _____ les conditions énumérées dans le cadre du Programme d'aide financière dans l'éventualité où je recevrais une telle aide de la part du Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi pour mes études postsecondaires:
- Je comprends que je dois assister à des cours sur une base régulière, satisfaire toutes les exigences liées au programme d'études choisi, d'atteindre et de maintenir un niveau de qualité acceptable ou niveau minimum requis par l'institution académique et de réussir au moins 75 % de l'ensemble des cours dans lesquels je suis inscrit.
- Je comprends qu'il est ma responsabilité d'informer l'agent responsable du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire (ARPAENPS) si des problèmes rendant le respect des exigences mentionnées plus haut surviennent durant l'année scolaire.
- Je comprends que c'est ma responsabilité de respecter les dates d'échéance pour l'envoi des relevés de notes officiels à l'ARPAENPS tels que stipulé dans la politique du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire.
- Je comprends que, dans le cas où je reçois le financement sous de fausses informations, je serai obligé(e) de rembourser la totalité des sommes d'argent reçues du Département d'éducation de Kitigan Zibi.
- Je comprends que je serai inéligible pour recevoir un financement supplémentaire si je ne réponds pas et je ne rencontre pas les exigences énoncées par la politique du Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire du Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi ou celles de l'institution d'enseignement.
- Je comprends que pour être considéré comme étudiant à temps complet afin de recevoir les allocations de subsistance, je dois être inscrit(e) à temps complet dans un programme d'études comportant au moins 4 cours et/ou 12 heures de crédit ou 12 heures de cours par semaine en classe (les laboratoires et les tutorats ne comptent pas).
- Je comprends que si je ne réussis pas les cours soutenus financièrement par le Programme d'aide aux étudiants de niveau postsecondaire du Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi, je ne pourrai obtenir une autre aide financière pour reprendre le même cours.
- J'affirme avoir rempli avec exactitude, pour autant que je sache, toutes les parties requises du Formulaire de demande d'aide financière du Conseil d'éducation de Kitigan Zibi.
- J'accepte de me conformer à toutes les clauses de la politique du Programme d'aide financière du Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi.

- Pour les fins de ce document, l'interprétation du Bureau du conseil d'éducation de Kitigan Zibi des clauses de cette entente aura prééminence sur toute autre. Toutes les questions d'éclaircissement doivent être adressées à l'ARPAENPS ou au directeur du secteur de l'éducation.
- Je déclare que dans l'éventualité où je serais responsables de sommes dues à la communauté Anishinabeg de Kitigan Zibi, pour des sommes d'argent reçues en trop ou non justifiées, ces montants d'argent seront immédiatement déduites des allocations qui pourraient m'être allouées par la communauté Anishinabeg de Kitigan Zibi ou par un de ses secteurs de services.
- De plus, je comprends que suite à un refus de remboursement de ma part, le secteur de l'éducation de Kitigan Zibi se réserve le droit de remettre mon dossier à une agence de recouvrement.
- Enfin, je suis d'accord que le non-respect de la politique du Programme d'aide financière aux études postsecondaires et que toute information mensongère fournie sur le formulaire de demande d'aide et/ou sur mon statut d'étudiant, entraînera immédiatement une retenue ou un arrêt de paiement des allocations. De plus, je devrai rembourser en totalité toutes les sommes d'argent que j'ai reçues ou qui ont été déboursées en mon nom.

J'ai lu et je comprends le contenu de ce formulaire de demande d'aide financière aux études postsecondaires. Aussi, je reconnais avoir reçu une copie de la politique du Programme d'aide du secteur de l'éducation de Kitigan Zibi. J'accepte les conditions énumérées ci-dessus et j'accepte de me soumettre également à la politique du Programme d'aide financière aux études postsecondaires qui inclut, sans s'y limiter, la correspondance officielle des établissements d'enseignement et les modifications qui pourraient survenir. Dans le but d'améliorer le service d'aide, j'accepte également que les informations fournies puissent être utilisées par la communauté Anishinabeg de Kitigan Zibi et son secteur de services.

Signature du candidat

Date

Signature des parents (moins de 18 ans)

Date

RÉSERVÉ AU BUREAU

AUTORISATION DU BUREAU DU CONSEIL D'ÉDUCATION DE KITIGAN ZIBI

Votre demande d'aide financière pour niveau postsecondaire:

Automne _____ Hiver _____ Printemps/Été _____

A ÉTÉ: Approuvée Rejetée Acceptée sous conditions:

	1 <input type="checkbox"/>	Utilisés	Solde
Niveau 2 <input type="checkbox"/>			
3 <input type="checkbox"/>			

Agent responsable du programme d'aide financière

Dat

Directeur du secteur de l'Éducation

Dat