

## Attention!

Avant de transmettre votre demande, assurez-vous que tous les documents requis y sont joints et qu'elle est dûment signée aux deux endroits requis. Le document doit être **rempli et signé obligatoirement avec Adobe Acrobat Reader**, et non dans votre navigateur web. Vous trouverez à l'adresse suivante un tutoriel qui explique comment ouvrir le formulaire, le remplir, joindre les documents requis et le faire parvenir à la SADC ou CAE de votre territoire.

<http://ciril.qc.ca/~admin/FOV2-000291E4/Tutoriel%20Formulaire.pdf>

# FORMULAIRE D'ADMISSIBILITÉ AU FONDS D'AIDE ET DE RELANCE RÉGIONALE DES SADC ET CAE

**IMPORTANT** : Si votre entreprise est située dans un des grands centres suivants: Montréal, Laval, Gatineau (partie urbaine), Sherbrooke, Saguenay (secteurs Jonquière et Chicoutimi), Québec et Lévis, veuillez contacter Développement économique Canada (DEC) <https://dec.canada.ca/fra/covid-19.html>

## SECTION 1. NATURE DE L'AIDE DEMANDÉE

**De quel type d'aide votre entreprise a-t-elle besoin? (Les deux peuvent s'appliquer)**

- Financement de prêt pour fonds de roulement  
Quel montant demandez-vous? \_\_\_\_\_

Cette aide financière couvrira quels types de dépenses (assurances, salaires, loyer, etc.) ?

\_\_\_\_\_

**Besoins de trésorerie :**

**Date de début :** \_\_\_\_\_ **Date de fin :** \_\_\_\_\_

- Aide technique et/ou expertise  
spécialisée Dans quels domaines?

\_\_\_\_\_

*\* Prendre note que la période est d'un maximum de six mois et doit être comprise entre le 15 mars 2020 et le 31 décembre 2020 (au plus tard).*

**Pour une demande d'aide technique seule, remplissez les sections 3, 4, 5, 6**  
**Pour une demande de prêt (fonds de roulement) remplissez les sections 2, 3, 4, 5, 6**

## **SECTION 2.**

### **CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Votre organisation est-elle domiciliée au Québec?                                 | Oui | Non |
| Est-ce que votre entreprise a moins de 1 an d'existence?                          | Oui | Non |
| Êtes-vous un travailleur autonome?  | Oui | Non |
| Est-ce que votre entreprise a une masse salariale de moins de 20 000 \$?          | Oui | Non |
| Votre organisation a-t-elle subi un impact négatif lié à la pandémie de Covid-19? | Oui | Non |

---

#### **Votre organisation a-t-elle faite une demande à l'une ou l'autre des mesures d'aide du gouvernement fédéral suivantes mises en place dans le cadre de la COVID-19 ?**

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Compte d'urgence pour les entreprises canadiennes<br>EDC/BDC/ garanties de prêt BDC aux banques | Oui | Non |
| Fonds d'urgence pour les organisations de la<br>culture, du patrimoine et du sport amateur      | Oui | Non |
| Aide financière aux PME autochtones   | Oui | Non |
| Programme d'aide à l'innovation du PARI CNRC  | Oui | Non |
| Programme de Développement économique Canada (DÉC) FARR volet 1.                                | Oui | Non |

---

|   |     |     |
|---|-----|-----|
| Subvention pour les loyers commerciaux (peut être complémentaire au programme FARR)   | Oui | Non |
| Subvention salariale d'urgence du Canada (peut être complémentaire au programme FARR) | Oui | Non |
| Avez-vous été déclarée admissible à une de ces mesures?                               | Oui | Non |
| Avez-vous reçu une aide financière d'une de ces mesures                               | Oui | Non |

Si oui, quel est le montant reçu? \_\_\_\_\_

Je confirme que les renseignements fournis plus haut sont exacts. La SADC ou le CAE n'est pas responsable des conséquences qui pourraient subvenir si vous fournissez des renseignements inexacts.

Le gouvernement du Canada se donne le droit de vérifier ces informations.

Signature:

Date:

*\*Si votre organisation a fait une demande d'aide pour toutes ces mesures d'aide et n'est pas admissible, vous pouvez remplir le formulaire de demande du FARR.*

*\*Si vous ne répondez pas à ces critères, consultez le site de Développement économique Canada pour leur programme FARR volet 1 : <https://dec.canada.ca/fra/covid-19.html>*

**Avant de commencer à compléter le formulaire, assurez-vous d'avoir à la portée de la main les documents nécessaires au traitement de votre demande. Chaque document ci-après doit être joint à la demande.**

- JOINDRE** États financiers de la dernière année et intérimaires les plus récents
- JOINDRE** Copie de spécimen de chèque avec la mention «annulé» pour le dépôt direct
- JOINDRE** Preuve de refus des autres mesures d'urgence du gouvernement fédéral
- JOINDRE** Relevés bancaires des deux derniers mois
- JOINDRE** Statuts et règlements de votre entreprise (si existants)
- JOINDRE** Autre document (précisez) : \_\_\_\_\_

### **SECTION 3.**

#### **RENSEIGNEMENTS SUR L'ENTREPRISE**

Nom légal de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) à 10 chiffres : \_\_\_\_\_

Numéro d'entreprise du Canada (ARC) à 9 chiffres : \_\_\_\_\_

Nom d'exploitation (si différent du nom légal) : \_\_\_\_\_

Adresse civique de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Nom du représentant de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Titre du représentant : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone de l'entreprise : \_\_\_\_\_

Courriel de l'entreprise: \_\_\_\_\_

Site Web: \_\_\_\_\_

Chiffre d'affaires annuel avant la crise de la Covid-19: \_\_\_\_\_

**Dans quel secteur (et sous-secteur) d'activité œuvre votre entreprise :**

Primaire

|                            |   |
|----------------------------|---|
| Secondaire                 | Transformation<br>Assemblage                    |
| Tertiaire                  | Détail<br>Gros<br>Services                      |
| Tertiaire à valeur ajoutée | Biotechnologie<br>Logiciels et produits dérivés |

**Statut juridique de l'entreprise:**

- Travailleur autonome
- Entreprise enregistrée
- Entreprise incorporée
- Coopérative
- Société en nom collectif (S.E.N.C.)
- Société en commandite (S.E.C.)
- Organisme sans but lucratif (OSBL)

|                 |   |                  |  |
|-----------------|---|------------------|--|
| Si incorporée : |   | Si enregistrée : |  |
| Actionnaires    | % | Propriétaire     |  |
| Nom :           |   | Nom : _____      |  |
| Nom :           |   |                  |  |

**Nombre d'employés avant la crise de la Covid-19 :**

**Description de l'organisation et des activités :**

**Veillez indiquer si votre organisation est majoritairement détenue ou dessert les groupes mentionnés ci-après en cochant les catégories pertinentes :**

Femmes

Autochtones

Anglophones (membres des communautés de langue officielle en situation minoritaire)

Jeune (moins de 40 ans)

Personnes handicapées

Minorités visibles

## **SECTION 4.**

### **IMPACT DE LA COVID-19 SUR VOTRE ORGANISATION**

**Veillez décrire les répercussions de la Covid-19 sur votre organisation (les anticipations doivent se baser sur des estimations selon les informations dont vous disposez présentement) :**

|   |     |                          |     |
|---|-----|--------------------------|-----|
| Baisse de revenus   | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Baisse anticipée des revenus  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Occasions d'affaires manquées ou pertes de contrats                             | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Mises à pied temporaires dans l'immédiat  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Arrêt temporaire des activités de l'organisation et fermeture de l'organisation | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Pertes d'emplois réelles et anticipées  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Difficultés de combler les postes   | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Autres  | Oui | <input type="checkbox"/> | Non |
| Si oui, spécifiez :   |     |                          |     |

## SECTION 5.

### Résultats escomptés :

|  |     |                          |     |                          |
|--|-----|--------------------------|-----|--------------------------|
| Maintien des emplois                     | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Maintien des activités de l'organisation | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Nouveaux contrats                        | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Nouveaux clients                         | Oui | <input type="checkbox"/> | Non | <input type="checkbox"/> |
| Nouvelles activités                      | Oui |                          | Non | <input type="checkbox"/> |

Commentaires (si aucun des scénarios plus haut ne correspond à votre situation)

## SECTION 6.

### AUTORISATION ET ATTESTATION

Je confirme que les informations fournies et mentionnées dans ce formulaire sont complètes et exactes.

J'accepte que la partie contactée divulgue les renseignements qu'elle possède au sujet de l'organisation et du projet aux ministères et organismes gouvernementaux.

Je m'engage à fournir, sans frais, sans délai et dans la forme demandée, toute information requise pour compléter l'évaluation de la demande d'aide financière.

Signature :

Date :