

**COMMUNITY EMPLOYMENT AGENCY  
AGENCE D'EMPLOI COMMUNAUTAIRE**  
989 Rue Main, Moncton NB E1C 1G9

**Division de Service Entrainement & D'Emploi Moncton Inc.**

No de Tel: (506) 858-9404 (ext 202) Fax: (506) 858-8090

Courriel: [drichard@metsinc.ca](mailto:drichard@metsinc.ca)

**FORMULE DE DEMANDE DE SERVICES**

**DEMANDEUR**

Nom: \_\_\_\_\_  
Prénoms \_\_\_\_\_ Nom de famille \_\_\_\_\_

Adresse Postal:

Rue ou casier postal: \_\_\_\_\_

Ville: \_\_\_\_\_

Province: \_\_\_\_\_ Code Postal: \_\_\_\_\_

No de Tél: \_\_\_\_\_ No de Fax: \_\_\_\_\_

Courriel: \_\_\_\_\_

Langue: Anglais \_\_\_\_\_ Français \_\_\_\_\_

Date de Naissance: \_\_\_\_\_ Masculin \_\_\_\_\_ Féminin \_\_\_\_\_

No. d'assurance Sociale: \_\_\_\_\_

No. d'aide au revenu: \_\_\_\_\_

Niveau d'éducation le plus élevé: \_\_\_\_\_

Invalidité principale (obligatoire): \_\_\_\_\_

Service presentment recu:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

D.S.D.. Travailleuse sociale/Travailleur social: \_\_\_\_\_

H.R.D. Gestionnaire de cas: \_\_\_\_\_

P.E.T.L. Gestionnaire de cas: \_\_\_\_\_

D'autres contacts de service: \_\_\_\_\_

**AGENCE QUI INITIE LA DEMANDE**

Client qui fait la demande: \_\_\_\_\_  
Agence: \_\_\_\_\_ No. de Tél.: \_\_\_\_\_  
Personne de contact: \_\_\_\_\_ No. de Fax: \_\_\_\_\_  
Courriel: \_\_\_\_\_  
Adresse postal: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**MOTIFE DE LA DEMANDE**

Evaluation professionnel: \_\_\_\_\_  
Service d'emploi: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTS REQUIS (préparé/obtenu par l'agence)**

- a) Formule de demande services
- b) Evaluation médicale professionnelle
- c) Autre renseignements pertinents fournis par des agence/organismes antérieurs

**COMMENTAIRES ADDITIONAL:**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature de l'agence qui fait la  
demande

\_\_\_\_\_  
Date