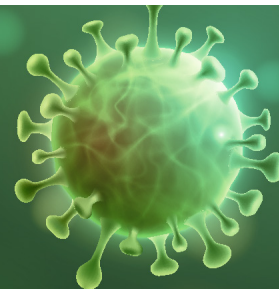


FORMULAIRE D'ÉVALUATION de l'aide financière critique COVID-19



La Fondation du CCNB inc., avec la collaboration du CCNB, du NBCC, du NBCCD et la province du Nouveau-Brunswick, est heureuse d'apporter un soutien essentiel aux étudiants qualifiés du CCNB pendant l'incertitude de la pandémie de COVID-19. Si vous avez besoin d'une aide financière à la suite d'une perte d'emploi, veuillez compléter les informations ci-dessous et nous les retourner par courriel à l'adresse aide@ccnb.ca

Les formulaires incomplets ne seront pas pris en considération.

Matricule :		Numéro d'assurance social (pour fin d'impôts) :	
Prénom :		Nom de famille :	
Adresse postale au Nouveau-Brunswick		Courriel :	
Rue :		Collège :	
Ville :		Campus :	
Code postal :		Programme :	
Téléphone : (incluant l'indicatif régional)		Pays d'origine :	
Travaillez-vous actuellement? OUI NON			
Avez-vous travaillé au Canada et gagné au moins 5000\$ Durant les 12 derniers mois? OUI NON			
Êtes-vous inscrit à temps plein?		Êtes-vous inscrit à temps partiel?	
Avez-vous perdu votre emploi en raison de la COVID-19?		Avez-vous reçu un prêt étudiant du gouvernement durant l'année 2019-2020?	
OUI	NON	OUI	NON
OUI	NON	OUI	NON
À quelle catégorie de besoins cette aide répondra-t-elle principalement? (Cochez 1)			
Alimentation		Frais médicaux imprévus non couverts par les plans de santé	
Logement		Soutien académique (tutorat, ordinateur portable, Internet, autres, etc.)	

RESSOURCES FINANCIÈRES/REVENUS DE L'ÉTUDIANT (POUR LES TROIS PROCHAINS MOIS)

Revenus d'emploi	\$	X 3 mois	\$
Épargne en banque			\$
Argent fourni par la famille (incluant le conjoint ou la conjointe)	\$	X 3 mois	\$
Prestation fiscale pour enfant x 3 mois	\$	X 3 mois	\$
Financement COVID-19 du gouvernement provincial ou fédéral	\$	X 3 mois	\$
Financement provenant d'autres sources	\$	X 3 mois	\$
Autre : préciser	\$	X 3 mois	\$
Total	\$	X 3 mois	\$
Total de ressources financières (pour les trois prochains mois)			\$

PARTIE 1



ENGAGEMENTS FINANCIERS

N'incluez que votre part des dépenses selon vos conditions de vie (c.-à-d. ne pas inclure les dépenses du conjoint ou de la conjointe ou partenaire)

Loyer/Hypothèque (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Téléphone (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Internet (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Électricité (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Chauffage (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Assurance (domicile, auto, contenus) (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Épicerie (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Paiements de la dette (prêts, cartes de crédit, ligne de crédit, etc.) (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Soin de la famille (garde d'enfants, soins aux personnes âgées) (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Transport (carte d'autobus, essence, paiement automobile) (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Personnel (buanderie, articles de toilette, vêtements, etc.) (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Médical (mensuel)	\$	X 3 mois	\$
Autre : préciser	\$	X 3 mois	\$
Frais de scolarité impayés dus au CCNB			\$
Total des engagements financiers (pour les trois prochains mois)			\$

CALCUL DES BESOINS

A. Entrez le total des ressources de la Partie 1	\$
B. Entrez le total des dépenses de la Partie 2	\$
Soustraire (A – B) pour déterminer le besoin	\$

DÉCLARATION DE L'ÉTUDIANT / ÉTUDIANTE

Je certifie que les informations fournies sur ce formulaire d'évaluation sont, à ma connaissance, précises et complètes. Ces informations seront utilisées à des fins statistiques et administratives uniquement par le NBCC/CCNB/NBCCD et la Fondation du CCNB inc.	Signature de l'étudiant / étudiante
	Date

Numériser les formulaires complétés et nous les retourner par courriel à l'adresse aide@ccnb.ca

Questions? Veuillez communiquer avec votre collègue par courriel à l'adresse indiquée ci-haut. La détermination de l'aide est basée sur les besoins et dépend du nombre de demandeurs.

Les bourses attribuées seront envoyées par la poste par l'intermédiaire de Postes Canada.

