

Programme de prestations pour le travail indépendant Rapport mensuel du participant

Remarque : à titre de participant au Programme de prestations pour le travail autonome, vous devez remplir le présent rapport chaque mois. Le rapport rempli doit être signé et remis à _____ au plus tard le 10 du mois. Le manquement à cette obligation pourrait avoir une incidence sur votre admissibilité aux prestations pour le travail indépendant.

Nom : _____ N.A.S. : _____ Rapport pour le mois de/d' _____ 20 ____.

Nom de l'entreprise : _____ Principal produit ou service : _____

Veillez inscrire vos activités et le nombre total d'heures travaillées chaque semaine du mois. Indiquez le nombre de jours travaillés par semaine.

| Semaine | Nombre d'heures travaillées cette semaine | Tâches accomplies, réseautage, ateliers suivis, rencontre(s) avec le conseiller en affaires, etc. |
|-----------------------------|---|---|
| 1 _____ jours/semaine | | |
| 2 _____ jours/semaine | | |
| 3 _____ jours/semaine | | |
| 4 _____ jours/semaine | | |
| 5 _____ jours/semaine | | |

1. Êtes-vous satisfait de votre activité d'entrepreneur ce mois-ci? Oui Non Pourquoi?

2. Quels sont vos objectifs ou points prioritaires pour le mois prochain?

3. Veuillez résumer les résultats financiers de vos activités pour le mois écoulé.

| | Résultats réels | Prévisions (selon le plan d'affaires, s'il a été rempli) |
|--------------|-----------------|--|
| Ventes | \$ | \$ |
| Dépenses | \$ | \$ |
| Bénéfice net | \$ | \$ |

4. Veuillez fournir votre analyse si les prévisions ne correspondent pas aux chiffres réels.

5. De quelle aide avez-vous besoin pour contribuer au progrès de votre entreprise?

Commentaires du conseiller (à remplir par le personnel du fournisseur de services, PTI)

| Rapport mensuel remis à temps | Nombre de semaines de participation au programme jusqu'à maintenant | Respecte l'engagement de 35 heures par semaine | Atteint les objectifs du plan d'affaires | Nombre d'ateliers suivis ce mois-ci | A assisté à la rencontre mensuelle avec son conseiller |
|-------------------------------|---|--|--|-------------------------------------|--|
| Oui Non | | Oui Non | Oui Non | | Oui Non |

| | |
|--|--|
| <p>Signature du client (si envoyé par la poste)</p> <p>Date _____</p> <p>Signature du conseiller _____</p> <p>Date _____</p> | <p>Commentaires du conseiller sur les résultats réels par rapport aux prévisions du plan d'action (utiliser une feuille séparée au besoin)</p> |
|--|--|