



AIDE FAMILIAL RÉSIDANT DÉCLARATION PAR L'EMPLOYEUR DU NOMBRE D'HEURES TRAVAILLÉES

Ce formulaire **doit** être dûment rempli et signé par votre ou vos employeurs et être joint à votre demande de résidence permanente si vous avez choisi l' « Option 2 » afin de nous permettre de déterminer si vous respectez l'exigence en matière d'emploi pour être admissible à la résidence permanente en tant qu'aide familial résidant.

Note : Par « Option 2 », on entend un emploi autorisé à temps plein qui consiste en un nombre total de 3 900 heures (dans une période minimale de 22 mois qui peut inclure un nombre maximal de 390 heures supplémentaires) comme aide familial résidant dans les quatre années suivant votre admission au Canada aux termes du Programme des aides familiaux résidants.

IDENTIFICATION - EMPLOYEUR N° 1

Nom de famille		Prénom(s)	
Lien avec la ou les personnes qui reçoivent les soins			
Adresse (rue)			
Ville		Province/Territoire	
		Code postal	
Téléphone (maison)	Téléphone (travail)	Courriel	
Numéro de confirmation de l'Étude d'Impact sur le Marché du Travail (EIMT)			

IDENTIFICATION - EMPLOYEUR N° 2 (s'il y a lieu)

Nom de famille		Prénom(s)	
Lien avec la ou les personnes qui reçoivent les soins			
Adresse (rue)			
Ville		Province/Territoire	
		Code postal	
Téléphone (maison)	Téléphone (travail)	Courriel	
Numéro de confirmation de l'Étude d'Impact sur le Marché du Travail (EIMT)			

IDENTIFICATION DE L'EMPLOYÉ(E)

Nom de famille		Prénom(s)		Date de naissance		
				A	M	J

DÉCLARATION DE L'EMPLOYEUR

Je confirme, par la présente, les renseignements suivants concernant l'EMPLOYÉ(E) :

1. L'EMPLOYÉ(E) a été à mon emploi en tant qu'aide familial résidant du

A	M	J

 au

A	M	J

2. L'EMPLOYÉ(E) a occupé un emploi autorisé à temps plein pendant un nombre total de _____ heures comme aide familial résidant au cours de la période indiquée selon les dispositions du contrat d'emploi.

3. L'EMPLOYÉ(E) a travaillé un nombre total de _____ heures supplémentaires dans le cadre d'un emploi autorisé comme aide familial résidant à mon emploi au cours de la période indiquée ci-dessus.

Signature de l'employeur : _____ Date:

A	M	J

Signature de l'employeur : _____ Date:

A	M	J