**Programme Aide d’urgence aux petites**

**et moyennes entreprises**

Demande d'aide financière

Numéro de dossier (espace réservé à la MRC) :

|  |
| --- |
| Ces renseignements sont obligatoires pour le traitement de votre demande. Toute absence de réponse ou tout refus peut entraîner le rejet de votre demande.[ ]  Cochez si l’entreprise a déjà bénéficié de l’Aide d’urgence aux petites et moyennes entreprises et qu’elle fait sa demande dans le cadre de l’Aide aux entreprises en régions en alerte maximale (AERAM). |
| **section 1 – RENSEIGNEMENT SUR l’entreprise** |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ)** |       |
| **Nom** **de l’entreprise** |       |
| **Adresse** |       |
| Municipalité |       |  | **Code postal** |       |
| **Téléphone** |               | **Poste** | **Site Web** |       |
| **Courriel général de l’entreprise** |       |
| **Adresse de correspondance, si différente** |       |

|  |
| --- |
| **Principal gestionnaire et responsable de la demande** |
| **Principal gestionnaire** |  |       | **Fonction** |       |
| **Responsable de la demande** |  |       | **Fonction** |       |
| **T****éléphone** |               | **Poste** |       | **Cellulaire** |               |  **Courriel**  |       |

|  |
| --- |
| **Actionnariat** |
| ***Tous les bénéficiaires et actionnaires de plus de 25 % doivent être inscrits. Si des sociétés détiennent l’entreprise, indiquez-le également avec le pourcentage de détention. Les informations seront utilisées à des fins de vérification des antécédents judiciaires.***  |
| **Principal actionnaire :**       | **% de l’actionnariat :**            | **Date de naissance :**            |
| **Dernière adresse municipale :**            | **Code postal :**       |
| **Municipalité :**      | **Province/État :**      | **Pays :**       |
| **Autre actionnaire :**       | **% de l’actionnariat :**            | **Date de naissance :**            |
| **Dernière adresse municipale :**            | **Code postal :**       |
| **Municipalité :**      | **Province/État :**      | **Pays :**       |
| **Autre actionnaire :**       | **% de l’actionnariat :**            | **Date de naissance :**            |
| **Dernière adresse municipale :**            | **Code postal :**       |
| **Municipalité :**      | **Province/État :**      | **Pays :**       |
| **Autre actionnaire :**       | **% de l’actionnariat :**            | **Date de naissance :**            |
| **Dernière adresse municipale :**           | **Code postal :**       |
| **Municipalité :**      | **Province/État :**      | **Pays :**       |

|  |
| --- |
| **Portrait de l’entreprise** |
| **Décrivez sommairement les produits (biens et services) offerts par l’entreprise.**      |
| **Secteur d’activité économique :**  | **Précisez pour le volet AERAM :**  **Autres secteurs (précisez) :**       |
| **Nombre d’employés :**       | **Date d’entrée en activité (AAAA-MM-JJ) :**       |
| **Chiffre d’affaires :**       | **Date de fin d’exercice financier (AAAA-MM-JJ) :**        |

|  |
| --- |
| **section 2 – DESCRIPTION sommaire DE LA SITUATION ET DES besoins financiers** |
| **Description de la situation** |
| **Décrivez sommairement en quoi consiste la situation de l’entreprise en lien avec le maintien, la consolidation ou la relance de ses activités.**       |
| **Expliquez le lien de cause à effet entre les problèmes financiers et opérationnels de l’entreprise et la pandémie de la COVID-19.**      |
| **Description des besoins financiers** |
| **Détails des frais** | **Montant mensuel** |
| Note : les frais fixes mensuels (portion non réclamée dans un autre programme gouvernemental) indiqués par un astérisque (\*) sont admissibles au volet AERAM (zones rouges) |
|

|  |  |
| --- | --- |
|  | **$** |
| Frais relatifs à un bail commercial\* |       |
| Frais d’intérêts du prêt hypothécaire\* |       |
| Taxes municipales et scolaires\* |       |
| Frais relatifs aux services publics (électricité)\* |       |
| Frais relatifs aux services publics (gaz naturel)\* |       |
| Frais relatifs aux services de télécommunication\* |       |
| Frais relatifs aux assurances\* |       |
| Frais de permis et/ou d’association\* |       |
| Frais relatifs à un contrat de location d’équipement :       |       |
| Pertes de marchandises |       |
| Achat de marchandises pour la relance |       |
| Salaires (portion non couverte par un autre programme gouvernemental) |       |
| Autres (précisez) :       |       |
| Autres (précisez) :       |       |
| Autres (précisez) :       |       |
| Autres (précisez) :       |       |
| Autres (précisez) :       |       |
| **Montant total :** |       |

 |
| [ ]  **L’entreprise est fermée temporairement depuis le (AAAA-MM-JJ) :**      [ ]  **L’entreprise a réduit de façon substantielle ses activités.**[ ]  **L’entreprise prévoit fermer temporairement en date du (AAAA-MM-JJ) :**      [ ]  **L’entreprise doit cesser en totalité ou en partie ses activités parce qu’elle est située dans une zone en alerte maximale** **(zone rouge), et ce, en date du (AAAA-MM-JJ) :**       |

|  |
| --- |
| **section 3 – AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES À VOTRE DEMANDE** |
| Autres informations pertinentes à votre demande *(inscrivez tout autre renseignement que vous jugez utile à l’analyse de votre demande)* |
| *Par exemple : nombre d’employés mis à pied, montant estimé des pertes de revenus, etc.*      |

|  |
| --- |
| **section 4 – AIDEs FINANCIÈREs gouvernementales demandées** |
| aides financières (*Veuillez inclure toutes les aides gouvernementales sollicitées et/ou confirmées.)**Exemples : Compte d’urgence pour les entreprises canadiennes, Subvention salariale d’urgence du Canada et Subvention d’urgence du Canada pour le loyer.* | **Type d’aide** | **Montant ($)** |
|  |  | *Cochez si confirmé* |  |
|       |  | [ ]  |        |
|       |  | [ ]  |        |
|       |  | [ ]  |       |
|       |  | [ ]  |       |
|  | **Montant total des aides** |        |

|  |
| --- |
| **section 5 – DOCUMENTS À ANNEXER À LA DEMANDE** |
| **Cochez si les documents sont annexés à votre demande** |
| **Documents obligatoires** |
| [ ]  | Derniers états financiers |
| [ ]   | États financiers intermédiaires les plus à jour |
| [ ]   | Budget de caisse ou prévisions de trésorerie |
| [ ]   | Pièces justificatives des frais fixes mensuels estimés (bail, avis d'imposition [taxes municipales et scolaires], contrat hypothécaire, contrat d'assurances, services publics, services de télécommunication, permis, association, etc.) |
| [ ]   | Spécimen de chèque |
| **Documents facultatifs** |
| [ ]  | Autres documents pertinents |

|  |
| --- |
|  |
| **section 6 – DÉCLARATION** |
|  |
| Je soussigné, |       | , confirme que les renseignements fournis dans cette |
|  | **Nom complet en caractères d’imprimerie** |  |
| demande et les documents annexés sont complets et véridiques et m’engage à fournir toute l’information nécessaire à l’analyse de la demande. Je comprends que la présente demande n’entraîne pas nécessairement son acceptation. Je déclare que l’entreprise respecte les conditions d’admissibilité suivantes :[ ]  L’entreprise est en activité au Québec depuis au moins six mois.[ ]  L’entreprise n’est pas sous la protection de la Loi sur les arrangements avec les créanciers des compagnies ou de la Loi sur la faillite et l’insolvabilité.[ ]  L’entreprise est fermée temporairement, susceptible de fermer ou montre des signes avant-coureurs de fermeture.[ ]  L’entreprise est dans un contexte de maintien, de consolidation ou de relance de ses activités.[ ]  L’entreprise n’a pas déposé de demande au Programme d’action concertée temporaire pour les entreprises d’Investissement Québec.[ ]  J’accepte que les informations inscrites au présent formulaire et aux documents annexés puissent être utilisées à des fins de vérification des antécédents judiciaires des actionnaires de l’entreprise.[ ]  J’accepte que les informations inscrites au présent formulaire et aux documents annexés puissent être utilisées à des fins de vérification de la cote de crédit de l’entreprise.[ ]  Je comprends qu’une fausse déclaration pourrait entraîner le refus de la demande. |
|  |  |       |  |       |
|  | **Signature de la personne autorisée** | **Fonction** | **Date** |  |