



Fonds de soutien au développement des communautés



Formulaire A : Demande de financement NOUVEAU PROJET 2017-2018

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du projet | **Cliquez ici pour taper du texte.** |

| INFORMATION GÉNÉRALE **Formulaire de demande de financement d’un projet** | |
| --- | --- |
| **Titre du projet** | **Cliquez ici pour taper du texte.** |
| **Organisme répondant** L’organisme répondant est désigné par l’ensemble des partenaires du projet pour être le porte-parole du partenariat auprès du CISSS de l’Outaouais. À noter que l’organisme répondant peut également agir en tant qu’organisme fiduciaire. **IMPORTANT** : Une copie signée et numérisée de la résolution des partenaires désignant l’organisme répondant est exigée. | |
|  | |
| **Nom de l’organisme répondant** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom de la personne responsable au sein de l’organisme répondant** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Fonction** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse de correspondance de l’organisme répondant**  **(rue, municipalité, code postal)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **No téléphone** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Courrier électronique** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Organisme fiduciaire** (si différent de l’organisme répondant)  L’organisme fiduciaire reçoit et gère l’aide financière accordée. Le chèque sera émis à son nom si le projet devait être accepté.  **IMPORTANT :** Une copie signée et numérisée de la résolution des partenaires désignant l’organisme fiduciaire est exigée. | |
| **Nom de l’organisme fiduciaire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Nom de la personne responsable au sein de l’organisme fiduciaire** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Fonction** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Adresse de correspondance de l’organisme fiduciaire  (rue, municipalité, code postal)** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **No téléphone** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Courrier électronique** | Cliquez ici pour taper du texte. |
| **IMPORTANT :**  Si l’organisme répondant ou l’organisme fiduciaire est un organisme à but non lucratif, veuillez joindre la copie numérisée de la charte constitutive (lettres patentes d’une personne morale constituée en vertu de la Loi sur les compagnies du Québec)  Organisme répondant : Veuillez cocher si pièce numérisée jointe à la demande.  Organisme fiduciaire (cas échéant) : Veuillez cocher si pièce numérisée jointe à la demande. | |

| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT INTERSECTORIEL | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Inscrivez le nom de tous les partenaires impliqués directement dans votre projet en précisant s’il agit en tant que citoyen ou s’il représente un des organismes ou groupes membres du partenariat. Précisez également le secteur d’activité ainsi que le rôle de chacun dans la mise en œuvre du projet. | | | | |
| Nom de l’organisme (si citoyen, indiquez « Citoyen ») | Nom du représentant de l’organisme ou nom du (de la) citoyen (ne) | | Secteur d’activité (organisme communautaire, scolaire, municipal, petite enfance, santé, citoyen, etc.) | Rôle (soutien conseil, soutien technique, partenaire d’activité, animation, partenaires financier, coordonnateur, etc.) |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| * **Nombre total de partenaires (citoyens, organismes, groupes) rattachés au projet.** | |  | | |
| * **Quelle est la principale mission de votre partenariat?** | |  | | |
| * **Depuis combien de temps le partenariat existe-t-il?** | |  | | |
| * **Qu’est-ce qui a amené la création de votre partenariat?**   (ex.: événement dans la communauté, problématique / besoins communs, initiative individuelle, démarche de mobilisation…) | | | | |
|  | | | | |
| * **Comment votre partenariat fonctionne-t-il en matière de prise de décision et du partage des responsabilités? Définissez les grandes lignes du mode de fonctionnement actuel ou prévu dans le cadre de la réalisation du projet.** | | | | |
|  | | | | |

| INFORMATION SUR LE PROJET |
| --- |
| **Décrivez brièvement le projet pour lequel vous demandez une aide financière (maximum 10 lignes).** |
|  |
| * **Avez-vous réalisé une analyse commune des besoins et des ressources de votre milieu?**   **Si oui, décrivez brièvement comment cette analyse a été réalisée.** |
| Quand a-t-elle été réalisée? |
|  |
| De quelle manière avez-vous obtenu les informations (discussion de groupe, statistique, entretien téléphonique, questionnaire)? |
|  |
| Qui a participé à la réalisation de cette analyse? |
|  |
| * **Description de la problématique dans laquelle s’inscrit le projet**   Décrivez brièvement les principaux résultats de votre analyse du milieu, c’est-à-dire problèmes, besoins et ressources de votre communauté (si possible, veuillez joindre à la demande les documents présentant les résultats de votre analyse). |
|  |
| * **But et orientations générales du projet**   Veuillez indiquer le but et les orientations de votre projet et préciser comment ils s’alignent avec la vision et les orientations :   * du [Plan d’action régional de santé publique 2016-2020 du CISSS de l’Outaouais](http://santepublique-outaouais.qc.ca/fileadmin/documents/PAR_2016-2020_Final.pdf); * de la [Politique gouvernementale de prévention en santé](http://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-001753/). |
|  |
| * **Groupes de population et communauté (s) visés par le projet**   Indiquer les groupes de population ou communauté (s) visés et décrivez brièvement les raisons pour lesquelles ceux-ci ont été ciblés. |
|  |
| * **Objectifs, déterminants sociaux ciblés, plan d’action et échéancier du projet** |
| Objectifs à court terme |
|  |
| Le ou les déterminants sociaux de la santé ciblé(s) |
|  |
| Plan d’action du projet   * Activités et moyens d’action prévus visant un ou des déterminants sociaux de la santé * Solutions globales et durables afin de répondre à la problématique dans laquelle s’inscrit le projet |
|  |
| Échéancier du projet |
|  |
| * **Participation du réseau de la santé et des services sociaux dans le projet**   **Est-ce que votre partenariat inclus une participation d’au moins un représentant du réseau de la santé et des services sociaux?**  oui  non  **Si oui, précisez le nom du représentant et son rôle :** |
|  |
| * **Continuité et viabilité financière du projet**   En tenant compte des critères définis à la section *Financement* du document d’information 2017-2018, précisez les moyens que vous entendez prendre pour assurer la continuité et la viabilité financière de votre projet au cours des prochaines années. |
|  |
| * **Quels sont vos indicateurs de résultats, c’est-à-dire, le type d’information que vous envisagez utiliser afin de suivre la progression des activités et de vérifier l’atteinte de vos objectifs dans la prochaine année?** |
|  |
| * **Expliquez comment vous pensez rejoindre et impliquer les citoyennes et les citoyens de votre communauté, de même que les individus et collectivités visés par votre projet.** |
|  |

| **Information sur le financement du projet (prévisions budgétaires)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Revenus (description des revenus annuels pour la réalisation du projet)** | | | | | |
| **Nom de l’organisme, du citoyen et, cas échéant, nom du fonds ou du programme de financement** | **Confirmée (C) ou  Anticipée (A)** | **Ressources financières** (Inscrivez dans cette colonne uniquement les montants des contributions financières.) | **Ressources humaines, par ex., dégagement de ressources humaines  (valeur estimée)** | **Ressources matérielles, par ex., prêt de locaux ou d’équipement  (valeur estimée)** | **Total** |
| CISSS de l’Outaouais (Fonds de soutien au développement des communautés) |  | $ |  |  | $ |
|  |  | $ | $ |  | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
| **Total** |  | **$** | **$** | **$** | **$** |
|  | | | | | |
| **Dépenses (description des dépenses annuelles pour la réalisation du projet)** | | | | | |
| **Éléments de dépenses** (Veuillez préciser les principaux éléments de dépenses prévus en fonction des objectifs du projet et selon chacune des activités que vous avez identifiées.) | | **Dépenses en argent**  (Inscrivez dans cette colonne uniquement les dépenses monétaires rattachées au projet.) | **Dépenses en ressources humaines  (valeur estimée)** | **Dépenses en ressources matérielles  (valeur estimée)** | **Total** |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
| **Total** | | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANT** | |
| **Rappel des documents nécessaires pour la présente demande à joindre lors de l’envoi par courrier électronique** | **Formulaire dûment complété**  **Copie de la charte (lettres patentes) pour l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire**  **Copie de la résolution par les partenaires désignant l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire)** |
| **Veuillez retourner ce formulaire et les documents en format numérique à l’attention de monsieur Carl Clements à l’adresse suivante :**  [Carl\_Clements@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Carl_Clements@ssss.gouv.qc.ca)  **Personne-ressource au CISSS de l’Outaouais** :  **madame Francine Perrault, 819 966-6484, poste 7486** | |
| |  | | --- | | **Date limite :**  **30 janvier 2017** | | |
| **Un accusé de réception sera acheminé à l’organisme répondant par courrier électronique dans la semaine suivant le dépôt de la demande d’aide financière.**  **La réponse à la demande d’aide financière devrait être envoyée à l’organisme répondant par courrier électronique au mois de mars 2017.** | |