

Fonds de soutien au développement des communautés



Formulaire B : Demande de financement RENOUVELLEMENT (projet en cours) 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 des partenaires directement impliqués dans le projet (indiquez par un astérisque [\*] les nouveaux partenaires qui se sont joints au partenariat depuis la dernière demande de financement). Précisez également s’il agit en tant que citoyen ou s’il représente un des organismes ou groupes membres du partenariat de même que le secteur d’activité et le rôle de chacun dans la mise en œuvre du projet. |
| Nom de l’organisme (si citoyen, indiquez « Citoyen »). Si nouveau partenaire, indiquez par un astérisque [\*] | 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?** |  |

| INFORMATION SUR LA DERNIÈRE ANNÉE DE RÉALISATION |
| --- |
| **Suivi des indicateurs de résultats : en reprenant tous les indicateurs de résultats convenus dans le Protocole d’entente et de reddition de compte 2016-2017, décrivez brièvement si vos résultats obtenus d’ici le 31 mars de l’année en cours atteindront ou pas les cibles.** |
| **Indicateurs de résultats convenus au Protocole d’entente et de reddition de compte 2016-2017** | **Atteinte ou non des cibles selon vos résultats obtenus** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
| **Décrivez brièvement les activités que vous avez réalisées depuis la dernière demande d’aide financière en lien avec les objectifs visés. Puis, fournissez une évaluation préliminaire de celles-ci en répondant aux deux questions suivantes : (1) vos réalisations correspondent-elles à ce que vous aviez prévu et planifié? Sinon, pourquoi?** **(2) Qu'est-ce qui a bien fonctionné et moins bien fonctionné?**  |
| **Objectifs visés** | **Activités réalisés** | **Évaluation préliminaire**1. **correspondance des réalisations avec ce qui avait été prévu et planifié**
2. **Ce qui a bien fonctionné et moins bien fonctionné**
 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Difficultés rencontrées dans la réalisation du projet dans son ensemble**  | Ajustements apportés ou prévus |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| INFORMATION SUR LE PROJET |
| **Décrivez brièvement ce que vous souhaitez réaliser pour la prochaine année (maximum 10 lignes)** |
|  |
| * **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**

Décrivez brièvement les raisons pour lesquelles ces groupes et communautés ont été ciblés |
|  |
| * **Description du projet**
 |
| Objectifs à court terme  |
|  |
| Le ou les déterminants sociaux de la santé ciblés |
|  |
| 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 :** |
|  |
| * **Engagement du réseau de la santé et des services sociaux dans le projet**

[ ]  oui [ ]  non**Si oui, précisez le nom du représentant et son rôle :**  |
|  |
| * **Continuité et viabilité financière du projet**

En tenant compte des critères définis dans la section *Financement* du document d’information 2016-2017, 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? Les indicateurs précédents peuvent être reconduits.**
 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

| **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**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.** |