

Fonds de soutien au développement des communautés



Formulaire A : Demande de financement NOUVEAU PROJET 2018-2019

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

**\*IMPORTANT\***

**Avant de remplir ce formulaire de demande de financement, il est fortement recommandé de lire attentivement le *Document d’information 2018-2019* du Fonds de soutien au développement des communautés (FSDC). Veuillez noter qu’aucun rappel ou suivi ne sera effectué par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l’Outaouais auprès de l’organisme répondant ou fiduciaire dans l’éventualité où certains éléments dans la demande de financement seraient incomplets ou auraient été omis.**

| 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 déclaration écrite des partenaires du projet désignant l’organisme répondant est requise avec ce formulaire de demande de financement.Organisme répondant : Veuillez cocher si une pièce numérisée de la déclaration écrite des partenaires est jointe à la demande : [ ]  |
|  |
| **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. Les versements seront émis à son nom si le projet devait être accepté. **IMPORTANT :** Une déclaration écrite des partenaires du projet désignant l’organisme fiduciaire est requise avec ce formulaire de demande de financement.Organisme fiduciaire : Veuillez cocher si une pièce numérisée de la déclaration écrite des partenaires est jointe à la demande : [ ]  |
| **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 une pièce numérisée est jointe à la demande : [ ] Organisme fiduciaire (cas échéant) : Veuillez cocher si une pièce numérisée est jointe à la demande : [ ]   |
| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT INTERSECTORIEL |
| Veuillez inscrire 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 de la citoyenne ou du citoyen** | **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 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?**

[ ]  oui [ ]  non**Si oui, décrivez brièvement comment cette analyse commune des besoins a été réalisée.** |
| **Quand cette analyse a-t-elle été réalisée?** |
|  |
| **De quelle manière y avez-vous obtenu les informations (par ex., 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**

**Tel que stipulé dans le Document d’information du FSDC, il est requis d’inclure au sein de votre partenariat un représentant et une participation du réseau de la santé et des services sociaux. Est-ce que votre partenariat inclut 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 2018-2019, 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 les collectivités visés par votre projet.**
 |
|  |

| **Information sur le financement du projet (prévisions budgétaires)** |
| --- |
| **Contributions en ressources financières, humaines et matérielles du milieu** |
| **Nom de l’organisme, du citoyen et cas échéant, nom du fonds ou du programme de financement** | **Confirmée (C) ou Anticipée (A)** | **Ressources financières** (veuillez inscrire 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)** | **Totaux** |
| CISSS de l’Outaouais (Fonds de soutien au développement des communautés) |  | **$** |  |  | **$** |
|  |  |  $ |  $ |  |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
| **Totaux** |  | **$** | **$** | **$** | **$** |
|  |
| **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** (veuillez inscrire dans cette colonne uniquement les dépenses monétaires rattachées au projet) | **Dépenses en ressources humaines (valeur estimée)** | **Dépenses en ressources matérielles (valeur estimée)** | **Totaux** |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
| **Totaux** | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |
| --- |
| **IMPORTANT** |
| **Rappel des documents nécessaires pour la présente demande à joindre lors de l’envoi par courrier électronique** | [ ]  **Formulaire dûment rempli**[ ]  **Copie de la charte (lettres patentes) pour l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire**[ ]  **Déclaration écrite par les partenaires désignant l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire pour le projet proposé** |
| **Veuillez retourner ce formulaire et les documents en format numérique à l’adresse suivante :****07\_CISSSO\_FSDC@ssss.gouv.qc.ca****Personne-ressource au CISSS de l’Outaouais** : **Carl Clements :** **Carl\_Clements@ssss.gouv.qc.ca** **ou 819 966-6484, poste 7454****Alexandra Guy :** **Alexandra.Guy@ssss.gouv.qc.ca** **ou 819 966-6484, poste 7505** |
|

|  |
| --- |
| **DATE LIMITE :****9 février 2018** |

 |
| **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 la poste et par courrier électronique au mois de mars 2018.** |