



Fonds de soutien au développement des communautés

**

Formulaire c : Demande de financement

PROJET EN DÉMARRAGE et aide à la planification 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.**





Légende accompagnant l'illustration.



| 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. Le chèque sera émis à son nom si le projet devait être accepté.  **IMPORTANT :** Une déclaration écrite des partenaires du projet désignant l’organisme répondant 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 |
| --- |
| **Veuillez décrire brièvement le projet pour lequel vous demandez une aide financière (maximum 10 lignes).** |
|  |
| **Description de la problématique dans laquelle s’inscrit le projet** |
| **Comment prévoyez-vous réaliser collectivement l’analyse des besoins et des ressources?** |
|  |
| **Qui participera à la démarche d’analyse?** |
|  |
| **Comment obtiendrez-vous vos informations (questionnaire, entrevue, discussion de groupe, etc.)?** |
|  |
| **Quel type d’information prévoyez-vous recueillir (besoins, préoccupations, statistiques, analyse de l’environnement, ressources…)?** |
|  |
| **Auprès de qui (organismes, résidents et citoyens, parents, enseignants…)?** |
|  |
| **Quel est votre échéancier?** |
|  |
| * **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** |
| **Veuillez indiquer les groupes de population ou communauté(s) visés par le projet.** |
|  |
| **Veuillez décrire les raisons pour lesquelles ces groupes et communautés ont été ciblés.** |
|  |
| * **Activités prévues en lien avec les étapes de planification et de l’étude de faisabilité** |
| **Comment prévoyez-vous mobiliser les partenaires de votre milieu?** |
|  |
| **Analyse du milieu** |
|  |
| **Élaboration du plan d’action du projet** |
|  |
| **Le ou les déterminants sociaux de la santé ciblés** |
|  |
| **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** |
|  |

| **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**](mailto:Carl_Clements@ssss.gouv.qc.ca) **ou 819 966-6484, poste 7454**  **Alexandra Guy :** [**Alexandra.Guy@ssss.gouv.qc.ca**](mailto: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.** | |