

**FONDS DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS**



**Formulaire A : Demande de financement**

**NOUVEAU PROJET 2019-2020**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 2019-2020 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.**

**Vérification d’admissibilité des projets**

Tel que décrit dans le Document d’information 2019-2020 du FSDC, des critères d’inclusion et d’exclusion s’appliquent à tous les projets soumis. Avant de remplir le formulaire de demande de financement de projet, nous vous recommandons de prendre connaissance de ces critères.

En ce qui concerne précisément les critères d’exclusion (ci-après), veuillez cocher « Oui » ou « Non » pour chacun. Notez que dans l’éventualité où vous cocherez « Oui » à l’un ou plusieurs des critères, il se pourrait que le projet proposé soit non admissible au financement du FSDC. Si vous avez des questions à cet effet, nous vous invitons à communiquer avec monsieur Carl Clements par courriel à l’adresse suivante : Carl\_Clements@ssss.gouv.qc.ca ou par téléphone au : 819 966-6484, poste 7454.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Critères d’exclusion (non-admissibilité) | Oui | Non |
| Le projet proposé vise à financer les activités régulières, les services réguliers ou les frais de fonctionnement d’un organisme. |[ ] [ ]
| Le projet proposé consiste, dans sa phase actuelle, à la dispensation de services permanents visant à répondre aux besoins de la population ou d’une clientèle particulière. |[ ] [ ]
| Le projet vient suppléer au développement ou à la consolidation d’activités ou de services relevant directement d’une institution ou d’un organisme déjà présents dans le milieu. |[ ] [ ]
| Le projet porte essentiellement sur des activités liées à des campagnes de financement. |[ ] [ ]
| L’organisme répondant ou l’organisme fiduciaire du projet n’est pas un établissement public, une institution gouvernementale ou un organisme sans but lucratif et n’est pas constitué depuis au moins deux ans. |[ ] [ ]

|  |
| --- |
| 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. Voir annexe pour modèle de déclaration écrite. |
|  |
| **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. |
| **Numéro de 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. Voir annexe pour modèle de déclaration écrite. |
| **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. |
| **Numéro de 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). |

|  |
| --- |
| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT  |
| Veuillez inscrire le nom de tous les partenaires engagés 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 ou du groupe (inscrire « Citoyen » pour les citoyens)** | **Nom du représentant de l’organisme ou du groupe 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, expertise citoyenne, etc.)** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre total de partenaires (citoyens, organismes, groupes) rattachés au projet.  |  |

| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT  |
| --- |
| À quel moment votre partenariat avec ce projet a-t-il débuté?  |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Qu’est-ce qui a amené la création de votre partenariat et quel a été l’élément déclencheur du projet? (ex. : événement dans la communauté, problématiques et besoins communs, initiative individuelle, démarche de mobilisation, intérêt ou demande de la communauté, disponibilités de ressources, etc.) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Comment votre partenariat favorise-t-il la participation citoyenne?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Comment votre partenariat fonctionne-t-il en matière de prise de décision, de participation aux diverses étapes du projet et du partage des responsabilités? Définissez les grandes lignes du mode de fonctionnement actuel ou prévu dans le cadre de la réalisation du projet. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

| ANALYSE DE LA SITUATION À L’ORIGINE DU PROJET |
| --- |
| Avez-vous réalisé une analyse commune portant sur les problématiques, les besoins et les ressources de votre milieu?  |
| [ ]  Oui [ ]  Non |
| **Si non**, il se pourrait que votre projet s’insère davantage comme « projet en démarrage » et qu’une étape d’identification des problématiques, des besoins et des ressources de votre milieu soit nécessaire avant de mettre de l’avant un projet (une solution). À cet effet, nous vous invitons à consulter le Document d’information 2018-2019 du FSDC pour plus de précisions ou à communiquer avec les responsables du FSDC (voir coordonnées à la fin de ce formulaire). |
| **Si** **oui**, décrivez brièvement votre analyse commune des besoins ci-dessous. |
| **Quand cette analyse a-t-elle été réalisée?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **De quelles manières votre analyse a-t-elle été réalisée (ex. : discussion de groupe, étude de statistiques, entretien téléphonique, sondage par questionnaire, implication des personnes défavorisées ou touchées par les problèmes, etc.)?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **De quelles façons les partenaires du projet étaient-ils impliqués dans cette analyse?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quels autres acteurs du milieu (autres que ceux de votre partenariat) ont été consultés lors de cette analyse (ex. : citoyens de la communauté (usagers ou utilisateurs), institutions publiques, etc.)?**  |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Quels sont les principaux résultats de votre analyse du milieu, c’est-à-dire les problèmes, les besoins et les ressources de votre communauté (si pertinent, veuillez joindre à la demande les documents présentant les résultats de votre analyse). |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quelle(s) problématique(s) avez-vous retenue(s) pour votre projet et pourquoi?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quels sont les déterminants sociaux en lien avec cette ou ces problématiques?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quels sont les groupes de la population ou les endroits plus touchés par la ou les problématiques retenues?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

| INFORMATION SUR LE PROJET |
| --- |
| Suite à l’analyse de votre milieu, veuillez décrire brièvement la ou les solutions retenue(s) par votre partenariat afin de répondre aux problématiques observées et aux besoins exprimés. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Indiquez les groupes de population ou communauté(s) visés et décrivez brièvement les raisons pour lesquelles ceux-ci ont été ciblés. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Comment ces groupes de population et communauté(s) visés seront-ils impliqués lors de la réalisation du projet? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Veuillez indiquer le ou les buts de votre projet (c’est-à-dire, la ou les finalité(s) souhaitée(s)). |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Quels sont les objectifs de votre projet (assurez-vous que ceux-ci soient spécifiques et mesurables ainsi qu’en lien avec le ou les but(s) susmentionné(s))? |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Veuillez indiquer les indicateurs de réussite, 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. |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Alignement du projet avec la santé publique****Veuillez indiquer comment votre projet s’aligne avec la finalité du Plan d’action régional de santé publique 2016-2020 (PAR) du CISSS de l’Outaouais ainsi qu’avec une ou plusieurs des quatre orientations de la Politique gouvernementale de prévention en santé (PGPS).**  |
| **Finalité du PAR :** **Contribuer à maintenir et à améliorer la santé de la population ainsi que réduire les inégalités sociales de santé en offrant un cadre structurant pour une action performante sur les déterminants de la santé (voir pages 13-15 du PAR).** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Orientations de la PGPS :** **Développement des capacités des personnes dès leur plus jeune âge, aménagement de communautés et de territoires sains et sécuritaires, amélioration des conditions de vie qui favorisent la santé et renforcement des actions de prévention dans le système de santé et de services sociaux.** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Perspectives du projet à moyen ou long terme :****Veuillez indiquer sur combien d’années votre projet s’étalera et quelles sont les perspectives d’avenir pour celui-ci.** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

| **PLAN D’ACTION****Veuillez présenter votre plan d’action du projet pour la prochaine année (vous pouvez utiliser le tableau suivant)** |
| --- |
| **OBJECTIF** | **ACTIVITÉ** | **INDICATEUR** | **RESPONSABLE** | **CIBLE** | **ÉCHÉANCIER** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

| **Information sur le financement du projet (prévisions budgétaires)** |
| --- |
| **Contributions en ressources financières, humaines et matérielles du milieu** |
| **Nom de l’organisme ou du citoyen.** **Pour une contribution (ressource) financière, préciser le nom du fonds ou du programme. Pour une contribution en ressources humaines ou matérielles, préciser la nature de la contribution (temps, prêts de locaux, etc.)** | **Confirmée (C)** **ou Anticipée (A)** | **Ressources financières** (veuillez inscrire 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 (FSDC) — Montant demandé |  | **$** |  |  | **$** |
|  |  |  $ |  $ |  |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  |  $ |  $ |  $ |  $ |
| **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** (veuillez inscrire uniquement les dépenses monétaires rattachées au projet) | **Dépenses en ressources humaines (valeur estimée)** | **Dépenses en ressources matérielles (valeur estimée)** | **Total** |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
|  |  $ |  $ |  $ |  $ |
| **Total** | **$** | **$** | **$** | **$** |
| **Différence (revenus moins les dépenses)** | **$** | **$** | **$** | **$** |

| **Information sur le financement du projet (prévisions budgétaires)** |
| --- |
| **Contributions en ressources financières, humaines et matérielles du milieu** |
| **Nom de l’organisme ou du citoyen. Pour une contribution (ressource) financière préciser nom du fonds ou du programme. Pour contribution en ressources humaines ou matérielles, préciser la nature de la contribution (temps, prêts de locaux, etc.)** | **Confirmée (C) ou Anticipée (A)** | **Ressources financières** (veuillez inscrire 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 (FSDC) — Montant demandé | A | 10 000**$** |  |  | 10 000**$** |
| Autre bailleur de fonds | A | 10 000 $ |  $ |  | 15 000 $ |
| Contribution des partenaires en ressources humaines (heures/valeur estimée). | C |  $ | 2 500 $ |  $ | 2 500 $ |
| Contribution des partenaires pour locaux/salles de rencontres (valeur estimée) | C**EXEMPLE DE PRÉSENTATION DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES** |  $ |  $ | 1 500 $ | 1 500 $ |
| **Total** |  | **20 000 $** | **2 500 $** | **1 500 $** | **24 000 $** |
|  |
| **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 uniquement les dépenses monétaires rattachées au projet) | **Dépenses en ressources humaines (valeur estimée)** | **Dépenses en ressources matérielles (valeur estimée)** | **Total** |
| Chargé de projet (salaire et avantages sociaux) | 19 500 $ |  $ |  $ | 19 500 $ |
| Transport et frais de déplacement | 500 $ |  $ |  $ | 500 $ |
| Participation et soutien-conseil des partenaires envers projet de partenariat (valeur estimée) |  $ | 2 500 $ |  $ | 2 500 $ |
| Accès poste de travail chargée de projet (valeur estimée) |  $ |  $ | 1 000 $ | 1 000 $ |
| Accès salles de rencontres dans les locaux de partenaire (valeur estimée) |  $ |  $ | 500 $ |  $ |
| **Total** | **20 000 $** | **2 500 $** | **1 500 $** | **24 000 $** |
| **Différence (revenus moins dépenses)** | **0 $** | **0 $** | **0 $** | **0 $** |

|  |
| --- |
| **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, si organisme sans but lucratif**[ ]  **Copie de la charte (lettres patentes) pour l’organisme fiduciaire, si organisme sans but lucratif**[ ]  **Déclaration écrite par les partenaires désignant l’organisme répondant pour le projet proposé (à noter qu’un modèle de déclaration se trouve en annexe à ce formulaire)**[ ]  **Déclaration écrite par les partenaires désignant l’organisme fiduciaire pour le projet proposé (à noter qu’un modèle de déclaration se trouve en annexe à ce formulaire)**[ ]  **Plan d’action (si vous n’avez pas rempli le tableau inclus au formulaire)** |
| **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 : 17 décembre 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 2019.** |

**Annexe**

**Fonds de soutien au développement des communautés**

**Modèle de déclaration écrite désignant l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire du projet soumis au Fonds de soutien au développement des communautés**

Nous, partenaires du projet «*inscrire ici le nom du projet*», reconnaissons que l’organisme *inscrire ici le nom de l’organisme répondant ou de l’organisme fiduciaire* agira comme organisme *inscrire ici soit* répondant *ou* fiduciaire *ou les deux, c.-à-d.,* organisme répondant et fiduciaire pour le projet susmentionné tel que soumis au Fonds de soutien au développement des communautés (FSDC). Nous reconnaissons aussi avoir pris connaissance de la demande de financement soumise au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l’Outaouais dans le cadre du FSDC.

Advenant l’acceptation du projet par le CISSS de l’Outaouais, nous consentons que l’organisme répondant et (ou) fiduciaire agisse comme porte-parole du projet et signataire de l’entente liée à la subvention reçue dans le cadre du FSDC. Nous reconnaissons également que l’organisme répondant partagera et validera le rapport de réalisation de projet (incluant le bilan financier annuel) avec nous avant son dépôt au CISSS de l’Outaouais.

**Nom et signature des partenaires du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |

**Nom et signature du représentant de l’organisme répondant et (ou) fiduciaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme répondant du projet | Nom du représentant de l’organisme |
| Nom de l’organisme fiduciaire (si différent) | Nom du représentant de l’organisme  |