**FONDS DE SOUTIEN AU DÉVELOPPEMENT DES COMMUNAUTÉS**

**

**Formulaire C: Demande de financement**

**PROJET EN DÉMARRAGE 2019-2020**

**et**

**AIDE À LA PLANIFICATION 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 des critères d’exclusion (ci-après), svp cochez « Oui » ou « Non » pour chacun. Veuillez noter 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](mailto: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). | |



Légende accompagnant l'illustration.



| 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. |
| 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. |
| **Comment votre partenariat favorise-t-il la participation citoyenne?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| Quel a été l’élément déclencheur de votre partenariat? (ex. : événement dans la communauté, problématiques et besoins communs, initiative individuelle, démarche de mobilisation, intérêt ou demande de la communauté, disponibilités de ressources, autres) |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quel(s) déterminant(s) social(aux) de la santé sont en lien avec l’élément déclencheur susmentionné?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quels sont les liens de l’élément déclencheur susmentionné avec les inégalités sociales?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

| Analyse de la situation |
| --- |
| Avez-vous réalisé une analyse commune portant sur les problématiques, les besoins et les ressources de votre milieu? |
| Oui  Non |
| **Si oui,** et que vous avez identifié des constats lors de l’analyse, que les partenaires sont mobilisés et que vous avez convenu ensemble de pistes de solution, il se pourrait que votre projet de partenariat figure davantage comme « nouveau projet ». À cet effet, nous vous invitons à consulter le Document d’information du FSDC pour plus de précisions ou à communiquer avec les responsables du FSDC (voir coordonnées à la fin de ce formulaire). |
| **Si** **non**, décrivez brièvement le processus d’analyse que vous prévoyez réaliser. |
| **Comment prévoyez-vous réaliser collectivement l’analyse des problématiques, des besoins et des ressources?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Qui participera à la démarche d’analyse?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Comment obtiendrez-vous vos informations (questionnaire, entrevue, discussion de groupe, etc.)?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quel type d’information prévoyez-vous recueillir (besoins, préoccupations, statistiques, analyse de l’environnement, ressources, etc.)?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Auprès de qui (organismes, résidents et citoyens, parents, enseignants, etc.)?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Quel est votre échéancier pour réaliser cette analyse?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Veuillez indiquer les groupes de population ou communautés visés.** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Veuillez décrire les raisons pour lesquelles ces groupes et communautés sont ciblés.** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Comment ces groupes et communautés seront-ils impliqués dans la réalisation de votre projet?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Comment prévoyez-vous mobiliser les partenaires de votre milieu?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Une fois l’analyse complétée, quelles étapes prévoyez-vous réaliser afin d’élaborer votre plan d’action en lien avec le projet?** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |
| **Alignement du projet avec la santé publique**  **Comment prévoyez-vous aligner l’analyse de la situation et l’élaboration de votre planification avec la finalité du Plan d’action régional de santé publique 2016-2020 (PAR) du CISSS de l’Outaouais et 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’année votre projet s’étalera et quelles sont les perspectives d’avenir pour celui-ci.** |
| Cliquez ici pour taper du texte. |

| **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 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 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 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 (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 dans cette colonne 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 inclut 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**](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 : 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 |