

Fonds de soutien au développement des communautés

Formulaire **D** : Demande de financement
Concertation 2027-2030

Nom de la table de concertation	Cliquez ici pour taper du texte.
------------------------------------	--

IMPORTANT

Avant de remplir ce formulaire de demande de financement, il est fortement recommandé de lire attentivement le Guide d'information 2027-2028 du Fonds de soutien au développement des communautés (FSDC). Veuillez noter qu'aucun rappel ou suivi ne sera effectué par Santé Québec Outaouais auprès de l'organisation répondante ou fiduciaire dans l'éventualité où certains éléments dans la demande de financement seraient incomplets ou auraient été omis.

INFORMATION SUR LA TABLE DE CONCERTATION

Nom de la table de concertation		
Organisation répondante L'organisation répondante est désignée par l'ensemble des partenaires de la table de concertation pour être la porte-parole auprès de Santé Québec Outaouais. À noter que l'organisation répondante peut également agir en tant qu'organisation fiduciaire. IMPORTANT : Une déclaration écrite (en annexe à ce formulaire) des partenaires de la table de concertation désignant l'organisation répondante est requise avec ce formulaire de demande de financement.		
Nom de l'organisation répondante		
Prénom et nom de la direction générale de l'organisation répondante		
Titre		
Adresse de correspondance de l'organisation répondante (rue, municipalité, code postal)		
Téléphone		
Courriel		
Nom de la personne qui assure la coordination de la table de concertation		
Coordonnées de la coordination (Courriel et téléphone)	Courriel	
	Téléphone	
Organisation fiduciaire (si différente de l'organisation répondante) L'organisation fiduciaire reçoit et gère l'aide financière accordée. Les versements seront émis à son nom si le projet collectif devait être accepté. IMPORTANT : Une déclaration écrite (en annexe à ce formulaire) des partenaires du projet collectif désignant l'organisation fiduciaire est requise avec ce formulaire de demande de financement.		
Nom de l'organisation fiduciaire		
Prénom et nom de la direction générale de l'organisation fiduciaire		
Titre		
Adresse de correspondance de l'organisation fiduciaire (rue, municipalité, code postal)		
Téléphone		
Courriel		
IMPORTANT : Si l'organisation répondante ou l'organisation fiduciaire est un organisme sans but 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 LA TABLE DE CONCERTATION

Veuillez inscrire le nom des membres engagés directement au sein de la table de concertation en précisant s'il agit en tant que citoyenne ou 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 réalisation du plan d'action et la mise en œuvre des initiatives jusqu'à présent.

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, partenaire financier, coordonnateur)

Nombre total de partenaires (organismes, institutions et citoyens) siégeant à la table de concertation et ses différents comités (décompte unique, c.-à-d., ne recenser qu'une seule fois chacun des partenaires même si plusieurs de leurs représentants siègent à vos différents comités) :

Nombre total d'individus représentant les organismes, institutions et citoyens partenaires siégeant à la table de concertation et ses différents comités :

Quelle est la mission de la table de concertation?

Comment la table de concertation fonctionne-t-elle en matière de prise de décision et du partage des responsabilités?

Comités et sous-comités de travail

Veuillez indiquer le nom de chacun des comités et sous-comité de la table de concertation, décrire les responsabilités principales et indiquer le nombre de rencontres en moyenne prévues sur une base annuelle.

NOM DU COMITÉ/SOUS-COMITÉ	RESPONSABILITÉS PRINCIPALES	NOMBRE DE RENCONTRE ANNUELLEMENT

INFORMATION SUR LE RÔLE DE LA TABLE DE CONCERTATION

Déterminants sociaux de la santé et groupes visés par la table de concertation

Quels sont les déterminants sociaux de la santé touchés par la table de concertation? Veuillez cocher toutes les cases qui s'appliquent.

- | | |
|---|---|
| ☐ Alimentation (incluant la saine alimentation et la sécurité alimentaire) | ☐ Niveau de revenu et statut social |
| ☐ Aménagement du territoire | ☐ Réseaux de soutien social |
| ☐ Conditions climatiques | ☐ Services de proximité |
| ☐ Emploi et conditions de travail | ☐ Soutien au développement de la petite enfance et l'éducation |
| ☐ Filet de sécurité sociale | ☐ Transports |
| ☐ Habitation | ☐ Autre (précisez) |
| ☐ Habitudes de vie | |
| ☐ Inclusion ou exclusion sociale | |

Veuillez indiquer les groupes de population ou communauté(s) visés par la table concertation.

Planification, stratégies et orientations de la table de concertation

Avez-vous élaboré un plan stratégique (ou pluriannuel) pour la table de concertation? Si oui, veuillez préciser les années couvertes par celui-ci. Prière d'inclure le plan stratégique (ou pluriannuel) avec votre demande de financement.

Quelles sont les principales stratégies et orientations du plan stratégique (ou pluriannuel) de la table de concertation?

Élaborez-vous un plan annuel pour chacune des années de votre plan stratégique (ou pluriannuel)? Si oui, veuillez présenter sommairement les principaux axes d'intervention ou chantiers de travail que vous anticipez inclure dans votre plan d'action annuel 2027-2030.

INFORMATION SUR LE RÔLE DE LA TABLE DE CONCERTATION

Information sur la coordination de la table de concertation

Veuillez décrire les rôles et les principales tâches de la coordination rattachée à la table de concertation. Si plus d'une personne occupe ces fonctions, veuillez préciser sommairement les rôles et les tâches de chacune d'elle en lien avec la coordination de la table de concertation.

À raison de combien de jours par semaine la coordination de la table de concertation est-elle en poste?

Information sur le financement de la table de concertation (prévisions budgétaires)

Revenus (description des revenus annuels en lien avec la coordination de la table de concertation)

Nom de l'organisme, du citoyen et, le cas échéant, nom du fonds ou du programme de financement	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)	Totaux
Santé Québec Outaouais (FSDC – volet Concertation) – Veuillez inscrire le montant annuel en provenance du FSDC (selon la dernière entente spécifique)		\$			\$
Pour la prochaine année, précisez les autres ressources financières (provenance des autres bailleurs de fonds), humaines (par ex. : de ressources humaines) et matérielles (par ex. : prêt de locaux ou d'équipement) qui seront mises à contribution en lien avec la coordination de la table de concertation.					
		\$	\$	\$	\$
Le FSDC finance la coordination des tables locales de développement sociale à 50% pour un maximum de 30000\$		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
		\$	\$	\$	\$
Totaux		\$	\$	\$	\$

Information sur le financement de la table de concertation (prévisions budgétaires)

Dépenses (description des dépenses annuelles pour la coordination de la table de concertation)

Pour la prochaine année, veuillez détailler les principaux éléments de dépenses prévus (en **argent**, en **ressources humaines** et **matérielles**) en vue d'assurer la **coordination de la table de concertation** (salaire, avantages sociaux, déplacements, formations, locaux et équipements).

Éléments de dépenses	Dépenses en argent (veuillez inscrire uniquement les dépenses monétaires rattachées à la coordination)	Dépenses en ressources humaines rattachées au soutien à la coordination (valeur estimée)	Dépenses en ressources matérielles rattachées au soutien à la coordination (valeur estimée)	Totaux
Salaire (coordination)	\$	\$	\$	\$
Avantages sociaux (coordination)	\$	\$	\$	\$
Déplacements (coordination)	\$	\$	\$	\$
Formations (coordination)	\$	\$	\$	\$
Locaux et équipements (coordination)	\$	\$	\$	\$
Totaux	\$	\$	\$	\$

IMPORTANT

Rappel des documents nécessaires pour la présente demande à joindre lors de l'envoi par courriel

- ☐ Formulaire dûment rempli
- ☐ Copie de la charte (lettres patentes) pour l'organisation répondante et l'organisation fiduciaire (si organisme sans but lucratif)
- ☐ Plan stratégique (ou pluriannuel) de la table de concertation
- ☐ Déclaration écrite par les partenaires désignant l'organisation répondante et l'organisation fiduciaire pour la table de concertation

Veillez retourner ce formulaire et les documents en format numérique à l'adresse suivante :

07_CISSO_FSDC@ssss.gouv.qc.ca

Personne-ressource à Santé Québec Outaouais :

Brigitte Massé-Dassylva : brigitte.masse-dassylva@ssss.gouv.qc.ca

DATE LIMITE :
30 octobre 2026

Un accusé de réception sera acheminé à l'organisation répondante par courriel dans la semaine suivant le dépôt de la demande d'aide financière.

La réponse à la demande d'aide financière sera envoyée à l'organisation répondante au mois de janvier 2027.

Annexe

Fonds de soutien au développement des communautés

Modèle de déclaration écrite désignant l'organisation répondante et l'organisation fiduciaire de la demande de financement (volet Concertation) soumise au Fonds de soutien au développement des communautés

Nous, partenaires de la table de concertation « *inscrire ici le nom de la table* », reconnaissons que l'organisation *inscrire ici le nom de l'organisation répondante ou de l'organisation fiduciaire* agira comme organisation *inscrire ici soit répondante ou fiduciaire ou les deux, c.-à-d., organisation répondante et fiduciaire* pour la table de concertation susmentionnée tel que soumis au Fonds de soutien au développement des communautés (FSDC). Nous reconnaissons aussi avoir pris connaissance de la demande de financement soumise à Santé Québec Outaouais dans le cadre du FSDC.

Advenant l'acceptation de cette demande de financement par Santé Québec Outaouais, nous consentons que l'organisation répondante et (ou) fiduciaire agisse comme porte-parole de la table et signataire de l'entente liée à la subvention reçue dans le cadre du FSDC. Nous reconnaissons également que l'organisation répondante partagera et validera les rapports d'étape et annuels de la table de concertation (incluant le bilan financier annuel) avec nous avant son dépôt à Santé Québec Outaouais.

Nom et signature des partenaires de la table de concertation

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 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'organisation répondante et (ou) fiduciaire

Nom de l'organisation répondante du projet	Nom du représentant de l'organisation
Nom de l'organisation fiduciaire (si différent)	Nom du représentant de l'organisation