**Formulaire de demande de financement**

**des activités liées à la santé au nunavIK**

**SANTÉ PUBLIQUE**

**DÉPENSES ADMISSIBLES**

Afin de promouvoir les activités liées à la santé au sein des communautés du Nunavik, plusieurs dépenses sont remboursables à travers les demandes de financement.

Ci-dessous, une liste non-exhaustive des dépenses **exclues** à titre d’exemple :

* Coûts de construction et entretien de bâtiments ;
* Coûts d’achat et entretien de véhicules ;
* Prix de participation en argent comptant ;
* Salaire pour les employés dont l’organisation et la participation font partie des responsabilités ;
* Malbouffe ;
* Coûts associés à des déplacements à l’international.

**CONDITIONS DE PAIEMENT**

**1. PAIEMENT**

Est conditionnel à la réception des factures originales accompagnées des preuves de paiement ainsi que du rapport d’activité avant le 31 mars de l’année financière en cours.

**2. SUIVI EN FIN D’ANNÉE FINANCIÈRE**

Si l’agent ne reçoit pas de réponse de la part du demandeur lors du suivi, l’agent est en droit de considérer que le financement accordé n’a pas été utilisé et peut être octroyé à un autre projet. Dans le cas où une partie du financement a été donné avant le déroulement de l’activité et qu’elle ne se réalise pas, le montant devra être remboursé auprès de la RRSSSN.

**3. FACTURES ORIGINALES**

Lors de la réception des factures et des reçus, ceux-ci seront révisés par l’agent responsable du projet. Des dépenses peuvent être refusées si elles ne respectent pas les orientations de la proposition de projet initial.

J’ai lu et je suis en accord avec les conditions mentionnées ci-dessus :  Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : |  |  |

**POUR PLUS D’INFORMATION, SVP CONTACTEZ**

**Cynthia Nguyen**

Chargée de projet et soutien à la coordination – Promotion de la santé & prévention

RRSSS Nunavik

[php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca)

Pour demander du financement, remplir ce formulaire et le retourner

par télécopieur au 819-964-2711 ou par courriel au [php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca).

*Les projets peuvent être soumis tout au long de l’année.*

*Le délai de traitement de la demande est d’environ 4 à 6 semaines.*

*PARTIE 1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisation** |  | **Personne ressource (nom et titre d’emploi)** | | | |  |
| **Adresse** |  | | | | | |
|  | | | | | |
| **Téléphone** |  | **Courriel** | |  | | |
| **Titre du projet** |  | | | | | |
| **Date de début** |  | | **Date de fin** | |  | |

*PARTIE 2 – ACTIVITÉ ET BESOINS*

**1. Thématique**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Promotion saine alimentation | Mode de vie physiquement actif | Réduction du tabac |
| Sécurité alimentaire | Santé mentale | Prévention abus alcool/drogues |
| Prévention du diabète | Relations saines | Gestion du stress |
| Hygiène et santé dentaire | Santé sexuelle | Prévention de la violence |
| Prévention et contrôle des infections (inc. immunisation, ITSS) | | Sécurité |

**2. Parlez-nous de l’activité que vous voulez faire. Comment va-t-elle améliorer le bien-être de votre communauté ?**

|  |
| --- |
| **Objectifs** |
|  |
| **Description de l’activité** |
|  |

**3. Historique**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| a. | Première fois dans votre communauté | Oui | Non |  |
| b. | A été essayé par le passé | Année : | Arrêté parce qu |  |
| c. | A été fait dans une autre communauté | Oui | Laquelle |  |

**4. Fréquence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 3 jours ou moins | Toutes les semaines | 1-2x par mois | Tournoi(s) |
| Saison (été-automne…) | Trimestre scolaire | Année scolaire | En continu |

**5. Population visée**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Enfants (0-5 ans) | Enfants (6-12 ans) | Adolescents (13-17 ans) |
| Adultes (18-59 ans) | Aînés (60 ans et +) | Femme enceinte |
| Femme | Homme | Tout le monde |

**6. Combien de personnes sont ciblées lors de cette activité**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-15 | 16-30 | 31-45 | 46-60 | 61 + |

**7. Lieu de l’activité**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N.V. | | École | Centre communautaire | Maison des jeunes |
| Aréna | | Garderie | Dehors (« on the land ») | Sud |
| Autre : |  | | | |

**8. Partenariat / Participation**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| École | N.V. | Maison de la famille | Association des jeunes | | Centre de santé |
| CLSC | Makivik | Air Inuit/Canadian North | Comité Maison des jeunes | | Église |
| ARK | Garderie | Associations diverses | Autre : |  | |
| Aucun |  |  |  |  |  |

**9. Dépenses – MONTANT TOTAL DU PROJET :**       **$**

SVP remplissez l’annexe 1 afin de détailler vos dépenses – Pages 4-5

**10. Autres sources de financement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | Montant de | $ |
|  | | Montant de | $ |
|  | | Montant de | $ |
| * **Financement du centre de santé ?** | Oui  Non | Montant de | $ |
| * **Levée de fond prévue ou faites ?** | Oui  Non | Montant de | $ |

*PARTIE 3 – SIGNATURES ET AUTORISATION*

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| - Résolution du comité d’éducation | | | | Oui | Non | N/A | |
| - Résolution municipale | | | | Oui | Non | N/A | |
| - Département de récréation ARK | | | | Oui | Non | N/A | |
|  | | | |  | |  |  |
| Responsable de la demande : | |  | | | |  | |
|  | |  | | | | | |
| Signature du responsable de la demande : | | | |  | | Date : |  | |
|  | | | |  | |  | |
| Nom du superviseur : |  | | | | |  | |
|  |  | | | | | | |
| Approbation superviseur/directeur : | | | Oui | |  | Date : |  | |

*ANNEXE 1 – DÉTAILS DES DÉPENSES*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources humaines (Nunavik)** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources humaines (Sud)** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Aliments** | **Montant ($)** |
| **Traditionnel** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Commercial / Magasin** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Location** | **Montant ($)** |
| **Équipement** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Espace / Salle** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Matériel à acheter** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Déplacement / Frais d’envoi** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres dépenses** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant total du projet :** | $ |