



Titre du projet : \_\_\_\_\_

### INFORMATION SUR L'ORGANISME

#### 1. COORDONNÉES DE L'ORGANISME

Nom de l'organisme

Nom du responsable

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone, poste

Adresse du site web

#### 2. COORDONNÉES DES RÉPONDANTS

##### – Personne autorisée à signer la demande

Nom

Titre

Nom du CHSLD

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone et poste

Courriel

##### – Chargé(e) de projet

Nom

Titre

Nom du CHSLD

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone et poste

Courriel

### 3. INFORMATIONS GÉNÉRALES

Quelle(s) clientèle(s) l'établissement sert-il?			
Quels sont vos programmes?			
Combien y a-t-il d'unités?			
Nombres de lits			
Nombres de résidents			
Nom du CIUSSS d'appartenance			
Langue parlée dans cet établissement	Bilingue	Français	Anglais
	Unilingue		Autre _____
Nombre d'employés	Permanents	Temporaires	À temps partiel
Fondation associée à l'organisme, s'il y a lieu			
Numéro d'organisme de charité de la Fondation			
Activités de collecte de fonds			
À quels besoins la Fondation répond-elle?			
Présence d'association de bénévoles enregistrée non-enregistrée			
Nombre de bénévoles			
Activités de collecte de fonds organisées par les bénévoles			
À quels besoins les bénévoles répondent-ils?			

#### PIÈCES OBLIGATOIRES CHSLD

##### Inclure avec la demande :

- Le budget de fonctionnement du service ou des services qui seront appuyés par la demande de l'année en cours et de l'année précédente
- Calendrier des activités du service ou des services qui seront appuyés par la demande
- Détails des étapes de réalisation
- Calendrier de travail
- Toute autre documentation complémentaire jugée pertinente
- Une copie de votre confirmation d'enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance enregistré émise par l'Agence du revenu du Canada

#### 4. DESCRIPTION DU PROJET

##### - Lieu de réalisation du projet

À quel(s) emplacement(s) aura lieu votre activité?

Combien de personnes sont servies à chaque emplacement?

Combien de personnes seront touchées par votre projet à chaque emplacement?

##### - Nature du projet

À quelle clientèle le projet répond-il?

Le projet fait-il partie d'un programme spécifique?  
Si oui, lequel?

Quels sont les services concernés?

Quels sont le ou les axes d'intervention?

(Veuillez vous référer au guide du demandeur pour les définitions des axes d'intervention.)

Besoins primaires

Solitude et isolement

Socialisation et développement personnel

Troubles cognitifs

Milieu de vie

##### - Fréquence des interventions

###### Quotidiennement

Combien d'heures par jour?  
Combien de jours par année?

###### Hebdomadairement

Combien d'heures par semaine?  
Combien de semaine par année?

###### Mensuellement

Combien d'heures par mois?  
Combien de mois par année?  
Quels mois?

###### Événement annuel unique

Date

Autres

**- Description sommaire de la demande**

Situation existante, besoins, problématique(s)	
Solution préconisée	
Impact anticipé	
Responsables et rôles	
Visibilité du projet	
Coût du projet	
Description détaillée des coûts	

**Demande remplie par**

Nom	
Signature	
Titre	
Division	

**Gestionnaire**

Nom	
Signature	
Titre	

**AUTORISATION DE LA FONDATION GRACE DART: (À REMPLIR PAR LA FONDATION)**

Nom	_____
Signature	_____
Titre	_____
Date d'acceptation du projet	_____
Notes	_____