



Titre du projet : _____

INFORMATION SUR L'ORGANISME

I. COORDONNÉES DE L'ORGANISME

Nom de l'organisme	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone, poste	
Adresse du site web	
Année d'enregistrement de l'organisme	
Numéro d'enregistrement de l'organisme	
Nombre d'employés	
Permanents	
Temporaires	
À temps partiel	
Nombre de membres	
Fondation associée à l'organisme, s'il y a lieu	
Activités de collecte de fonds	
Présence d'association de bénévoles enregistrée non-enregistrée	

PIÈCES OBLIGATOIRES OBNL

Inclure avec la demande :

- Une copie des lettres patentes de l'organisme
- Une copie de votre confirmation d'enregistrement à titre d'organisme de bienfaisance enregistré émise par l'Agence du revenu du Canada
- Le budget de fonctionnement de l'année en cours et de l'année précédente
- Les états financiers de l'année en cours et de l'année précédente
- Les détails des étapes de réalisation
- Le calendrier de travail
- Toute autre documentation complémentaire jugée pertinente

2. COORDONNÉES DES RÉPONDANTS

– Personne autorisée à signer la demande

Nom	
Titre	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone, poste	
Courriel	

– Chargé(e) de projet

Nom	
Titre	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone, poste	
Courriel	

3. TYPE D'ORGANISME

Quelle est la vocation générale de votre organisme?	
Quelle clientèle sert-il?	
Quel est votre domaine d'activité?	
Quels sont vos différents programmes?	
Autres informations pertinentes sur l'organisme	

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 semaines 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	_____
