



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 enregistrement au Registraire des entreprises du Québec
- 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,

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 \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_