



— Demande de 0 \$ à 10 000 \$ —

S.V.P., complétez les réponses dans les zones requises, si vous nécessitez plus d'espace, complétez dans la zone ouverte à la fin du document ou ajoutez un PDF en pièce jointe.

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	Autre _____
Nombre d'employés	Unilingue			
	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

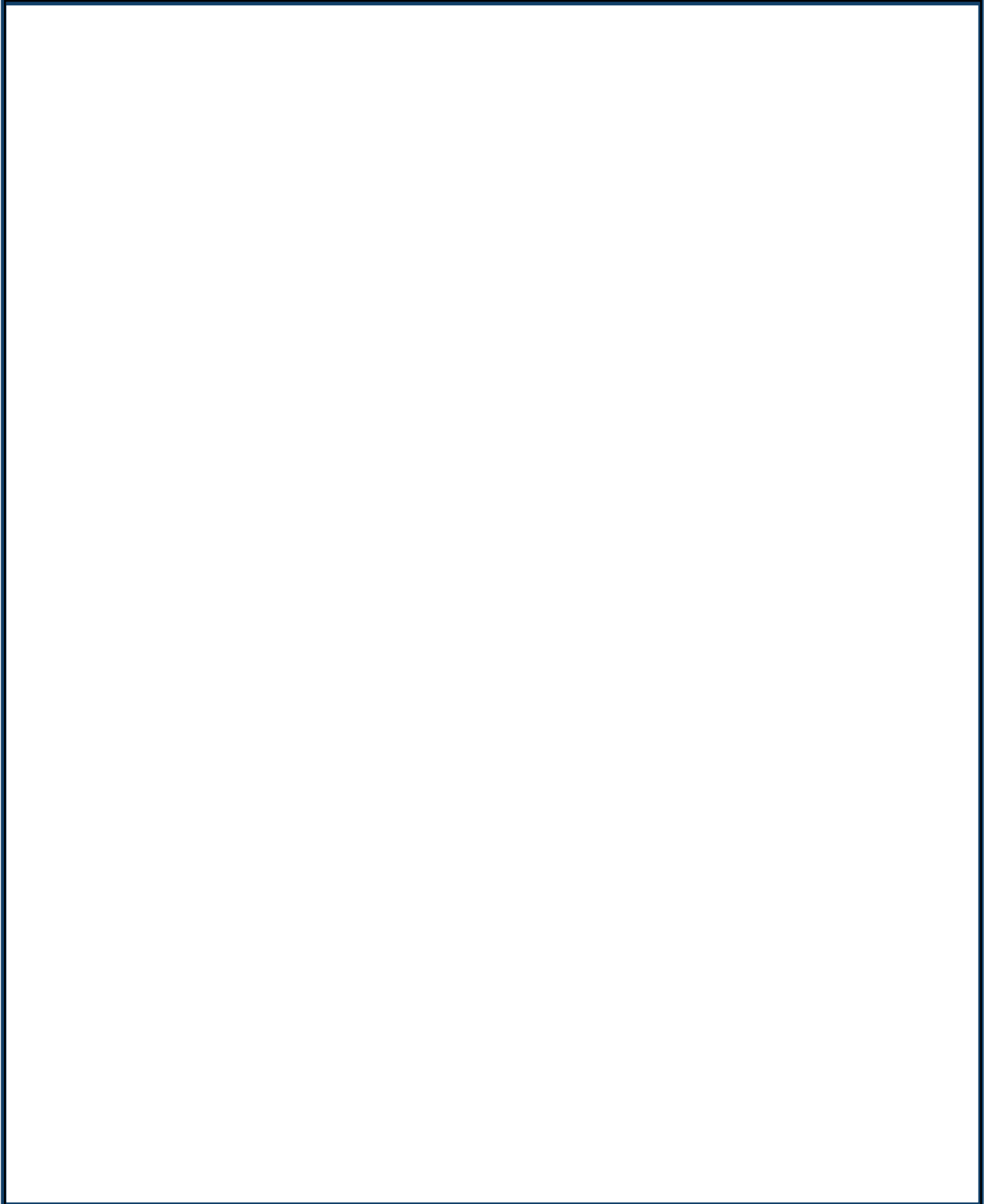
Titre

Date d'acceptation du projet

Notes

ZONE OUVERTE DE TEXTE COMPLÉTANT L'INFORMATION DU DOCUMENT

Merci d'indiquer à quel(s) champs ce complément d'information fait référence.
Vous pouvez également ajouter un fichier PDF si vous nécessitez plus d'espace.

A large, empty rectangular box with a thin black border, intended for providing additional information or attachments related to the document.