

FONDS POUR SOUTIEN À UN PROJET DANS LA COMMUNAUTÉ (An 2)

Formulaire de dépôt d'une nouvelle demande 2024

Mis à jour 11 mars 2024

Date du dépôt de la demande : ___ juin 2024 ou ___ septembre 2024

Identification de l'organisme du RLS Memphrémagog

Cliquez ici pour taper du texte.

Nom du responsable et titre (qui présente la demande) :

Cliquez ici pour taper du texte.

Coordonnées :

Adresse : _____

Téléphone: _____ poste _____

Courriel: _____

Enjeux

(A) Prévention et soutien au niveau des besoins :

<input type="checkbox"/>	Soutien des soins à domicile (SAD)	<input type="checkbox"/>	Répit pour les proches aidants	<input type="checkbox"/>	Répit famille (détresse et épuisement) : <ul style="list-style-type: none"> • Clientèle jeunesse • Clientèle ayant des enfants avec déficiences intellectuelles ou physiques ou des TSA (trouble de spectre de l'autisme)
<input type="checkbox"/>	Personnes atteintes de maladies cardiaques, Alzheimer, Parkinson, etc.	<input type="checkbox"/>	Lutte à la pauvreté: <ul style="list-style-type: none"> • Soutien aux familles vulnérables • Logement social • Sécurité alimentaire 	<input type="checkbox"/>	Transport et accompagnement

(B) Pour les clientèles touchées avec une problématique psychosociale (clientèle vulnérable)

<input type="checkbox"/>	Isolement des aînés	<input type="checkbox"/>	Femmes victimes de violence conjugale (Hébergement d'urgence Homme-Femme)	<input type="checkbox"/>	Adulte présentant un problème de santé mentale, dépendance
<input type="checkbox"/>	Aîné en perte d'autonomie liée au vieillissement/ proche en situation d'épuisement	<input type="checkbox"/>	Adulte présentant des problèmes socio-économiques	<input type="checkbox"/>	Enfant en difficulté (ex langage, comportement, etc.)
<input type="checkbox"/>	Enfant ou aîné victime de maltraitance	<input type="checkbox"/>	Enfant ou adulte présentant une problématique de type DI-TSA - DP	<input type="checkbox"/>	Autre (décrire)

Description détaillée du projet

SVP inclure dans un fichier attaché avec les informations suivantes :

- le détail des coûts du projet
- les soumissions reçues
- résultats anticipés vs réalité actuelle
- budget 1 à 2 ans (montage financier)
- démonstration de l'impact du projet
- démonstration de la pérennité du projet (si projet échelonné sur plusieurs années)
- démonstration de l'appui d'une direction du CIUSSS de L'Estrie-CHUS
- échéancier des déboursés demandés
- lettres d'appui et partenaires

(Assurez-vous d'y inclure toutes les informations permettant une compréhension globale et une analyse complète du projet en fonction des critères du fonds) :

Cliquez ici pour taper du texte.

Démontrer la nécessité d'une offre complémentaire aux offres de services actuelles

Cliquez ici pour taper du texte.

Calendrier et échéancier de réalisation

Cliquez ici pour taper du texte.

Appui d'une direction du CIUSSS-CHUS

(sera complété par Nancy Desautels, cadre supérieur du RLS)

Coordonnées du chef de service RLS Memphrémagog qui appuie la demande :

Nom : _____ Tél. : _____

Direction : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____ poste _____

Montant(s) demandé(s) à la Fondation :

2024-2025 (si projet échelonné sur 2 ans)

- **juin 2024** : Cliquez ici pour taper du texte. \$
- ou
- **septembre 2024** : Cliquez ici pour taper du texte. \$

2025-2026 (si projet échelonné sur 3 ans)

- **juin 2025** : Cliquez ici pour taper du texte. \$
- ou
- **septembre 2025** : Cliquez ici pour taper du texte. \$

GRAND TOTAL : Cliquez ici pour taper du texte. \$

Signature

Date

Merci d'envoyer votre demande par courriel à la Fondation:

fondation.mm@sss.gouv.qc.ca

Nous accuserons réception de notre demande.

Attention de respecter les délais