

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION

Seules les personnes ayant une déficience physique ou intellectuelle, ou un trouble de l'autisme recevant des services du CISSS de Chaudière-Appalaches et les organismes communautaires partenaires de cet établissement sont admissibles à une subvention de la Fondation.

Dans les cas des clients du CISSS de Chaudière-Appalaches, le formulaire de demande de subvention doit être complété par (ou en collaboration avec) un intervenant ou un gestionnaire de l'établissement.

Projet numéro	(à l'usage de la Fondation)
Titre du projet	
Nom du demandeur	
Courriel	
Type de projet (cochez la case appropriée et complétez les informations)	
<input type="checkbox"/> Collectif (ex : clientèle RAC, CAJ, programme, territoire, etc.)	
Clientèle visée	<input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Adolescent <input type="checkbox"/> Adulte <input type="checkbox"/> Aînée
Nombre d'usagers concernés	
OU	
<input type="checkbox"/> Individuel (un usager en particulier)	
Identification de l'usager	
Âge	
Milieu de vie	
Catégorie de projet (cochez la case appropriée)	
<input type="checkbox"/> Achat de matériel didactique ou d'équipement de réadaptation	
<input type="checkbox"/> Amélioration, remplacement	
<input type="checkbox"/> Participation à une activité d'intégration sociale (ex. : camp de jour, cours, etc.)	
<input type="checkbox"/> Sensibilisation de la communauté et/ou promotion de l'intégration sociale	
<input type="checkbox"/> Formation des parents et des proches	
<input type="checkbox"/> Recherche dans le domaine de la déficience intellectuelle ou des troubles du spectre de l'autisme	
<input type="checkbox"/> Projet de développement d'un autre organisme	
<input type="checkbox"/> Autre (précisez)	

OBJECTIF du projet
(objectif visé ou impact souhaité)

Description du projet

Précisez la nature du projet, la durée et la période de réalisation s'il y a lieu. Toute autre information pertinente.

Ce projet a-t-il reçu l'appui d'un ou plusieurs professionnels de la santé?

Oui (indiquez le nom du professionnel et joindre la ou les recommandations) Non

Nom du professionnel	Profession	Établissement ou clinique

Justification de la demande de subvention

Indiquez pour quelles raisons une aide financière à la Fondation Déphia
(ex. : situation financière précaire (usager ou famille), refus de financement par l'établissement, etc.)

SECTION A.

À compléter uniquement lorsque du matériel didactique et/ou de l'équipement de réadaptation est demandé. Joindre une illustration de l'article (si disponible et nécessaire) et le devis (soumission) du fournisseur comportant les éléments suivants :

- | | |
|----------------------------|---|
| - Description de l'article | - Numéro de l'article |
| - Coût unitaire | - Quantité |
| - Taxes | - Frais de transport |
| - Fournisseur | - Montant total incluant tous les frais |

Coût total pour l'ensemble des articles demandés incluant les taxes et frais de transport \$

Moins contribution de l'utilisateur, s'il y a lieu \$

Moins contribution de la famille, s'il y a lieu \$

Moins montant en provenance d'une autre source de financement, s'il y a lieu \$
 Autre fondation CISSSCA Autre : précisez la source :

MONTANT TOTAL DEMANDÉ À LA FONDATION DÉPHIA \$

Réurrence des coûts pour la Fondation Oui Non

Réurrence des coûts pour le CISSS-CA Oui Non

Qui procèdera à l'achat de ces items? CISSS-CA Usager
 Parents Autres personnes

Dans le cas d'un projet individuel, ces articles pourraient-ils être la propriété de l'établissement et être prêtés à l'utilisateur concerné le temps requis à la réalisation de son plan d'intervention? Oui Non

Commentaires (si nécessaire)

SECTION B		
À compléter pour tout autre projet autre qu'une demande de matériel didactique et ou de l'équipement de réadaptation		
Type de frais	Précisez, s'il y a lieu	Montant
Frais d'inscription		\$
Frais de transport		\$
Frais de repas		\$
Frais de logement		\$
Frais d'accompagnement		\$
Frais de contrat ou d'entente de service et/ou d'entretien		\$
Autres frais		\$
Coût total pour l'ensemble du projet		\$
Moins contribution de l'utilisateur, s'il y a lieu		\$
Moins contribution de la famille, s'il y a lieu		\$
Moins montant en provenance d'une autre source de financement, s'il y a lieu <input type="checkbox"/> Autre fondation <input type="checkbox"/> CISSSCA <input type="checkbox"/> Autre : précisez la source :		\$
MONTANT TOTAL DEMANDÉ À LA FONDATION DÉPHIA		\$
Si la demande de subvention est acceptée, à quel nom le chèque devra-t-il être émis?		
Organisme (s'il y a lieu)		
Nom, Prénom		
Adresse postale		
Adresse de courriel		
Demandeur (lettres moulées)	Signature	¹ Adresse de courriel
Chef de service (lettres moulées)	Signature	Adresse de courriel
Directeur (lettres moulées)	Signature	Adresse de courriel

¹ Les adresses courriel au bureau sont requises car toutes les communications ultérieures seront par voie électronique.

IMPORTANT : Toutes les signatures doivent être complétées afin que la demande soit analysée par le CA

SECTION C

À l'usage exclusif de la Fondation Déphia et de son CA

Numéro attribué au projet

**Date de réception du projet à la
Fondation**

**Date(s) d'étude du projet par la
Fondation**

Décision finale de la Fondation

Titre du projet

Priorisé par le comité de direction le

Soumis pour analyse au CA le

Recommandation du comité au CA

Favorable

Défavorable

Précisions :

Décision du CA le

Si décision positive du CA, joindre la résolution