La Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec souhaite venir en aide aux proches aidants   
en offrant un soutien financier aux organismes qui contribuent de façon concrète à la mise en place   
de services de répit, à leur maintien ou à leur amélioration.

|  |  |
| --- | --- |
| **Avant de remplir ce formulaire, veuillez lire attentivement les consignes qui suivent.** | |
| * Ce formulaire a été conçu pour être rempli à l’ordinateur. * Votre signature doit être manuscrite. * Toutes les sections du formulaire doivent être dûment remplies pour que la Fondation procède à l’analyse de votre demande. | * Ce symbole **🗐** indique qu’un document doit être joint au formulaire. Qu’il s’agisse d’une première demande ou non, tous les documents requis doivent être joints à la demande. * Le symbole infoIconCC.gifvous permet d’obtenir plus de précisions sur ce qui vous est demandé. |

SECTION  Admissibilité

Tout organisme qui souhaite obtenir le soutien financier de la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec doit se conformer aux modalités et aux critères d'admissibilité suivants :

1. La demande doit être présentée par un donataire non gouvernemental, reconnu au sens de la Loi de l'impôt sur le revenu ([inscrit à l'Agence de revenu du Canada](http://www.cra-arc.gc.ca/chrts-gvng/lstngs/menu-fra.html)) et dont le siège social se situe au Québec.
2. Le projet doit se dérouler entièrement au Québec.
3. Le projet doit s'échelonner sur une période de douze mois.
4. La demande doit porter sur un projet précis ou sur un établissement en particulier.
5. La demande doit être présentée en français, à l'aide du présent formulaire, et être accompagnée des pièces justificatives requises.

J’ai lu toutes [les données relatives au dépôt d’une demande de soutien financier](https://www.fmsq.org/fr/fondation/demandes/informations) à la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec, et je confirme que l’organisme dont je suis le mandataire et son projet sont admissibles.

Je confirme être dûment mandaté(e) par l’organisme que je représente pour signer la présente demande de soutien financier et avoir obtenu une résolution du conseil d’administration à cet effet. 🗐

Si le soutien financier est accordé, je m’engage à effectuer une reddition de comptes, accompagnée des pièces justificatives, conformément aux modalités auxquelles notre organisme a consenti.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **MANDATAIRE DE L’ORGANISME** | | | |
| Organisme |  | | |
| Nom du mandataire |  | Titre |  |
| Signature |  | Date |  |

SECTION  organisme

| 2.1 COORDONNÉES | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Adresse postale |  | Téléphone |  |
| Cellulaire |  |
| Ville |  | Courriel du mandataire |  |
| Code postal |  | Site Internet |  |

| * 1. **RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Numéro d’enregistrement de l’Agence du revenu du Canada (ARC) 🗐   * Pour connaître votre numéro d’enregistrement, cherchez le nom de votre organisme sur le [site Internet de l’ARC](http://www.cra-arc.gc.ca/chrts-gvng/lstngs/menu-fra.html). | | **RR0001** | |
| Numéro d’enregistrement attribué par le Registraire des entreprises du Québec | |  | |
| Nombre d’employés  (temps partiel et complet) |  | Nombre de bénévoles participants |  |
| Mission |  | | |

| * 1. **TERRITOIRE ET CLIENTÈLE** | |
| --- | --- |
| Territoire desservi |  |
| Nombre de **proches** **aidants** bénéficiant actuellement du soutien de votre organisme   * Le proche aidant doit habiter avec la personne qui reçoit son aide et ne doit pas être rémunéré pour ses services;  les ressources intermédiaires (p. ex. CHSLD) et les ressources de type familial (p. ex. familles d’accueil) ne sont pas considérées comme des proches aidants. |  |
| Nombre d’**aidés** bénéficiant actuellement du soutien de votre organisme   * Les personnes vivant en ressource intermédiaire (p. ex. CHSLD) ou en ressource de type familial (p. ex. familles d’accueil) ne sont pas considérées comme des aidés. |  |

| * 1. **FINANCEMENT DE VOTRE ORGANISME** | |
| --- | --- |
| Votre organisme bénéficie-t-il du programme de remboursement des taxes? | Oui  Non |
| Budget annuel de fonctionnement 🗐 | **$** |

| **Principales sources de financement pour l’année financière en cours** | **Montant** | **Récurrent** |
| --- | --- | --- |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
|  | $ |  |
|  | $ |  |

SECTION  projet soumis

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **3.1 TYPE DE PROJET** Veuillez cocher la ou les cases qui décrivent le mieux votre projet. | | |
| **VOLET  SERVICES DE RÉPIT** | Répit à domicile (au moins 4 heures consécutives)  Répit hors domicile ou en installation (au moins 4 heures consécutives)  Camp (2 jours et plus, sans excéder 14 jours) | |
| **VOLET INFRASTRUCTURES** | Construction ou rénovation  Achat de mobilier ou d’équipement spécialisé | |
| **S’il s’agit d’un projet de construction ou de rénovation, veuillez cocher les cases qui s’appliquent :** | |
| Maison de répit existante  Nouvelle maison de répit | Propriétaire 🗐  Locataire 🗐  Autre. Précisez : |

| **3.2 RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX** | |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DU PROJET** | Décrivez brièvement votre projet et dites en quoi il permettra d’offrir un répit aux proches aidants. |
| **OBJECTIFS** Veuillez cocher la ou les cases  qui s’appliquent. | Mise en place de services de répit  Bonification des services de répit actuels  Maintien des services de répit déjà offerts |

| * 1. **RENSEIGNEMENTS PARTICULIERS** | | |
| --- | --- | --- |
| **CLIENTÈLE CIBLE** Veuillez cocher la ou les cases  qui s’appliquent. | Proches aidants  Aidés | |
| Veuillez décrire la clientèle visée par ce projet. | |
| **PRÉVISIONS** | Nombre d’heures de répit |  |
| Nombre de proches aidants **distincts** |  |
| Nombre d’aidés **distincts** |  |
| **ÉCHÉANCIER** 🗐 | Quand comptez-vous commencer votre projet? |  |
| Quand comptez-vous terminer votre projet? |  |

| **3.4 BUDGET** | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| **COÛT TOTAL DU PROJET** | $ | **SOUTIEN FINANCIER**  **DEMANDÉ À LA FONDATION** | **$** |
| **DÉPENSES À ENGAGER**  Énumérez les différentes dépenses que vous comptez engager grâce au soutien financier de la Fondation. |  | | |
| **SOUTIEN MINIMAL REQUIS**  Indiquez le montant minimal requis pour pouvoir réaliser votre projet. | $ | Si vous ne receviez que ce montant, quel(s) élément(s) du projet devriez-vous retrancher? | |
|  | |

| **Coûts du projet 🗐** Veuillez indiquer les principales dépenses associées à votre projet.  🛈 Il est OBLIGATOIRE de joindre à la présente demande vos prévisions budgétaires détaillées pour chacun des postes budgétaires indiqués ci-dessous. | | | |
| --- | --- | --- | --- |
|  | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
| **TOTAL DES DÉPENSES** | | | **$** |

| **Financement du projet 🗐** Le cas échéant, veuillez indiquer les principales sources de financement de votre projet.  🛈 Il est OBLIGATOIRE de joindre à la présente demande vos prévisions budgétaires détaillées pour chacun des postes budgétaires indiqués ci-dessous. | | | |
| --- | --- | --- | --- |
| Contribution de l’organisme | $ |  | $ |
| Contribution des participants | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
|  | $ |  | $ |
| **TOTAL DES REVENUS** | | | **$** |

|  |
| --- |
| **3.5 JUSTIFICATION DE LA DEMANDE**  Veuillez expliquer de quelle manière le soutien financier de la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec vous aiderait concrètement à réaliser votre projet. |
|  |

SECTION  Documents à joindre au formulaire 🗐

|  |
| --- |
| **4.1 AIDE-MÉMOIRE – LISTE DES DOCUMENTS À JOINDRE AU FORMULAIRE**  🛈 À noter que tout document manquant entraînera un retard dans le traitement de la demande de soutien financier. |

| **Pour tous les types de projets** |
| --- |
| Preuve d’enregistrement à l’Agence du revenu du Canada   * Une capture d’écran du [site Internet de l’ARC](http://www.cra-arc.gc.ca/chrts-gvng/lstngs/menu-fra.html) confirmant votre statut d’organisme ENREGISTRÉ constitue une preuve admissible selon les critères de la FFMSQ. |
| Lettres patentes ou charte de votre organisme |
| Résolution du conseil d’administration   * Pour être conforme, la résolution du conseil d’administration doit indiquer le nom de la personne autorisée à signer la demande de soutien financier, et son nom doit être proposé et appuyé par deux membres du conseil. Le nom de la Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec doit aussi y être clairement mentionné. |
| États financiers vérifiés de votre organisme (version détaillée) |
| Liste des membres du conseil d’administration de l’organisme (noms et fonctions) |
| Liste des gestionnaires employés par votre organisme et toutes leurs coordonnées |
| Budget prévisionnel du projet et ventilation par sources de financement   * Le budget prévisionnel doit préciser les dépenses et les revenus associés au projet. Tous les postes budgétaires doivent être suffisamment détaillés et correspondre au montant inscrit par poste (exemples - Rémunération des RH : 9 000 $ (2 intervenants x 300 heures x 15 $/h) ; Activités : 400 $  (admission au zoo : 30 $ x 10 participants + minigolf : 10 $ x 10 participants). |
| Échéancier de réalisation du projet |

|  |
| --- |
| **Documents supplémentaires pour les projets relatifs aux infrastructures** |
| Devis de fournisseurs   * Dans le cas d’un projet de rénovation, d’achat de mobilier ou d’équipement spécialisé, trois devis de fournisseurs différents doivent être soumis. * Dans le cas d’un projet de construction, au moins un devis doit être soumis. Ce devis doit être préparé par un professionnel et énumérer de façon détaillée le coût de tous les matériaux nécessaires et les frais de la main-d'œuvre, en tenant compte de toutes les taxes applicables. |
| Documents relatifs à la propriété   * L'organisme doit fournir les documents attestant qu’il est propriétaire du lieu concerné par la demande ou qu’il détient un bail emphytéotique dont la durée se poursuivra au moins dix ans après la date de la présente demande de soutien financier. |

|  |
| --- |
| **Veuillez transmettre votre demande** |
| * **par courriel :** fondation@fmsq.org * **par la poste** : Comité d'analyse des projets Fondation de la Fédération des médecins spécialistes du Québec 2, Complexe Desjardins, porte 3000 C.P. 216, succursale Desjardins Montréal (Québec) H5B 1G8 |