

### CRITÈRES D'ADMISSIBILITÉ :

Vous êtes admissibles à déposer une demande de financement à la Fondation de la SSS de l'Énergie si :

- votre demande concerne le **secteur de l'Énergie** (Shawinigan et les environs)
- votre demande améliore la qualité et/ou l'accessibilité des soins de santé
- votre demande est reliée à l'un des continuums de services suivants :
  1. Enseignement, recherche, innovation
  2. Enfance, jeunesse, réadaptation, déficience intellectuelle ou physique, TSA.
  3. Santé mentale et dépendance (adulte et jeunesse)
  4. Santé physique
  5. Personne en perte d'autonomie
  6. Santé publique
- votre demande est impossible à financer avec les budgets qui vous sont consentis par le CIUSSS-MCQ ou qu'il n'est possible de la financer qu'en partie à l'aide de vos budgets



## Formulaire demande d'investissement

Quel type de demande soumettez-vous ?

Équipement

S'agit-il de :

Remplacement

*L'équipement demandé viendra remplacer un équipement devenu désuet*

Rehaussement

*L'équipement demandé viendra s'ajouter à un parc d'équipements similaires déjà en place*

Développement

*L'équipement demandé est novateur et actuellement inexistant au sein du département*

Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

De quel équipement s'agit-il :

\_\_\_\_\_

Projet

S'agit-il de :

Renouvellement

*Le projet a déjà été demandé et accepté par la Fondation par les années antérieures*

Expansion

*Le projet initial a déjà été financé par la Fondation, la présente demande vise à le déployer davantage*

Développement

*Le projet est novateur et actuellement inexistant au sein de l'organisation*

Autre

Précisez : \_\_\_\_\_

De quel projet s'agit-il :

\_\_\_\_\_

**Quel est le nom de l'équipement ou du projet que vous soumettez à la Fondation :**

**Quel(s) établissement(s) est(sont) visé(s) par votre demande :**  
**Site(s) :**

**Quelle est la clientèle bénéficiaire ?** (Enfance, Personnes en perte d'autonomie, usagers santé mentale, etc.)

**Advenant un octroi financier par la Fondation, comment ferez-vous pour mesurer l'amélioration ou le rehaussement de la qualité des soins offerts à la suite de l'acquisition de cet équipement (ou à la suite de la concrétisation de ce projet)?**



Expliquez-nous sommairement en quoi consiste votre demande. Parlez-nous de vos plans et de l'impact que votre demande aura en termes **d'amélioration de la qualité** et de **l'accessibilité des soins** dans notre communauté.

**Pourquoi le support financier de la Fondation est-il nécessaire? (Pour quelles raisons les budgets qui vous sont annuellement alloués ne peuvent subvenir à cette demande?)**



Qui sera la personne chargée du projet qui sera en **reddition de compte** à la Fondation ?

Nom :

Courriel :

Numéro de téléphone :

Quel est le **montant exact** demandé à la Fondation **(incluant les taxes)** ?

\_\_\_\_\_ \$

*(Prenez le temps de **bien évaluer** le coût demandé puisqu'aucun dépassement ne sera autorisé ultérieurement.)*

**Avez-vous une soumission à l'appui de votre demande?**

Si **oui**, la joindre à votre demande.

Si **non**, expliquez-nous sur quoi vous vous basez pour établir la somme demandée :

**Ce montant constitue-t-il le budget total consacré à ce projet ?** Oui  Non

**Si non, quelle portion du budget sera assumée par le CIUSSS-MCQ ?**

\_\_\_\_\_ \$

**Ce montant se ventile-t-il en divers volets ?** Oui  Non



**Si oui, veuillez fournir la ventilation exacte :**

(item) \_\_\_\_\_ \$

(item 2) \_\_\_\_\_ \$

(item 3) \_\_\_\_\_ \$

**Votre demande générera-t-elle des frais récurrents ?** Oui  Non

**Si oui, de combien annuellement ?** \_\_\_\_\_ \$

**Votre demande est-elle réalisable dans un délai inférieur à 2 ans ?** Oui  Non

*Si votre demande est acceptée, les fonds seront disponibles pour une période maximale de 2 ans.*

**De quelle façon votre équipe s’y prendrait-elle pour faire la promotion de la Fondation et de ses donateurs si, grâce à eux, un octroi financier vous était consenti ?**



Nom, prénom (**lettres moulées**) de la personne responsable de cette demande

---

Coordonnées (courriel et numéro de téléphone complet avec # de poste) :

---

Nom, prénom (**lettres moulées**) **du directeur(trice)** concerné(e) par cette demande

---

**OBLIGATOIRE** : Signature du directeur (trice) :

En signant cette demande, j'atteste qu'elle revêt une importance prioritaire pour notre direction et qu'elle répond aux critères susmentionnés.

  X  

**NB. Il vous est toujours possible de joindre tous les documents que vous jugez pertinents.**

Déposer le formulaire à la Fondation, par courriel (amelie\_vallee\_energie@ssss.gouv.qc.ca) ou en personne au bureau de la Fondation (local N-9 DITSA Shawinigan 800, 106<sup>e</sup> Avenue Shawinigan-Sud).

