

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

La période de dépôt des demandes s'échelonne du 1^{er} septembre au 31 décembre.

Les demandes seront évaluées d'abord par la DST et la Fondation en janvier.

Le comité d'attribution des fonds de la Fondation établira ses choix en février.

Les recommandations du comité d'attribution des fonds seront entérinées par le conseil d'administration de la Fondation en mars.

L'annonce des octrois officiels autorisés pour l'année 2024 sera faite en avril.

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 :

NOUVEAUTÉ – Il est impératif de joindre la fiche d'évaluation dûment complétée par les professionnels du GBM avec ce formulaire. Sans cette

fiche d'évaluation, la Fondation devra écarter votre demande et elle ne pourra pas être évaluée.

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 ? _____ \$

Qui sera responsable d'assumer les coûts récurrents ? _____

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)