

**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 **2 septembre au 15 décembre 2025.**  Les demandes seront évaluées d’abord par la DST et la Fondation, en janvier 2026.  Le comité d’attribution des fonds de la Fondation établira ses choix, en février 2026.  Les recommandations du comité d’attribution des fonds seront entérinées par le conseil d’administration de la Fondation, en mars 2026.  **L’annonce des octrois officiels** autorisés pour l’année 2026 sera faite **en avril** **2026**. |

**Formulaire demande d’investissement**

Si votre demande est reliée à un équipement, remplissez la page 2.

Si votre demande est reliée à un projet, remplissez plutôt la page 3.

**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 :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrivez le nom exact de cet équipement :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**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 :* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Inscrivez le nom exact de ce projet :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Identifiez quel établissement, parmi les suivants, est visé par votre demande** :

**Hôpital du Centre-de-la-Mauricie** ❍

**→ Quel étage exactement : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centre régional de santé mentale** ❍

**CLSC (Frontenac)** ❍

**CLSC (de La Pointe)** ❍

**Unité de médecine familiale (GMFU)** ❍

**DI/TSA** ❍

**Spécifiez l’adresse où les services sont dispensés, à Shawinigan :**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Centre d’hébergement Laflèche** ❍

**Centre d’hébergement St-Maurice** ❍

**Centre multiservices de santé et de services sociaux (Dehauffe)** ❍

**Centre de services ambulatoires (secteur Grand-Mère)** ❍

**Autre** ❍

**Spécifiez : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Expliquez sommairement à quoi sert cet équipement ou en quoi consiste ce projet ?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Pour que votre demande soit admissible, elle doit améliorer la qualité et/ou l’accessibilité des soins offerts. En quoi votre demande répond-elle à cette exigence ?**

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Si vous aviez à convaincre un donateur de Shawinigan de vous octroyer des sommes pour votre équipement/projet, quels seraient vos 2 principaux arguments?**

**Argument #1** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Argument #2** :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Veuillez préciser quelle clientèle bénéficiera de cet équipement ou projet :**

(*Enfance, jeunesse & famille, Personnes en perte d’autonomie, usagers santé mentale, etc.)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Évaluez combien d’usagers par mois pourront bénéficier de cet équipement ou projet** :

Environ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ usagers/ mois.

**S’il s’agit d’un équipement, à quelle fréquence cet appareil sera utilisé ?**

Assurément, chaque jour ❍

À chaque semaine ❍

À chaque mois ❍

Quelques fois par année ❍

**Si votre projet est retenu par la Fondation et que les sommes nécessaires à sa concrétisation doivent être amassées via une activité de financement organisée par celle-ci, est-ce que les membres de votre équipe accepteraient de prendre part à l’activité afin de faire leur part ?**

Oui ❍

Qui accepterait d’agir comme responsable de la mobilisation des troupes ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Non ❍

Pour quelle(s) raison(s) ?

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Coût du projet**

*S’il s’agit d’un équipement, il est impératif de joindre la fiche d’évaluation dûment complétée par les professionnels du génie biomédical (GBM) avec ce formulaire. Sans cette fiche d’évaluation, la Fondation devra écarter votre demande et elle ne pourra pas être évaluée.*

**Somme demandée** à la Fondation de la SSS de l’Énergie (incluant les taxes):

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $**

(aucun dépassement ne sera autorisé, prenez soin de bien évaluer la somme demandée)

Cette somme constitue-t-elle le budget total consacré à cet équipement/projet?

Oui, c’est la Fondation qui financerait à 100% ❍

Non, la Fondation ne financerait qu’une partie ❍

Si non, quelle portion du budget sera assumée par le CIUSSS-MCQ ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $

La somme demandée se ventile-t-elle en divers volets ? Oui ❍ Non ❍

Si oui, veuillez fournir la ventilation exacte (ou joindre un tableau) :

(item 1 = $)

(item 2 = $)

(item 3 = $)

Avez-vous une soumission à l’appui de votre demande? Oui ❍

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

Si non, expliquez-nous comment vous avez évaluez la somme demandée à la Fondation :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Si oui, ils seront de combien annuellement ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ $ / année

Qui sera responsable d’assumer les coûts récurrents ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

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

Par les années antérieures, avez-vous déjà pu financer cet appareil ou ce projet à partir des budgets consacrés par le CIUSSS-MCQ ? Oui ❍ Non ❍

Avez-vous déjà bénéficié d’un octroi de la Fondation dans les 2 dernières années ?

Oui ❍ Non ❍

Si vous avez répondu « Oui » vous reste-t-il des projets pendants avec la Fondation ou si toutes les sommes qui vous ont été préalablement consenties ont toutes été utilisées parce que les projets sont désormais complétés.

Oui, j’ai encore des projets qui ne sont pas complétés avec la Fondation ❍

Non, je n’ai pas de projets qui sont en attente ❍

**PRÉVENTION DU CONTRÔLE DES INFECTIONS**

Est-ce que votre équipement/projet soulève des enjeux au niveau des normes de prévention du contrôle des infections (PCI) ?

Oui ❍ Non ❍

Si vous avez répondu « Oui », vous devez faire signer ce formulaire par un agent PCI qui confirmera qu’il est en accord avec le dépôt de ce projet à la Fondation.

Nom (lettres moulées) agent PCI : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**Par souci de transparence envers ses donateurs, lorsque la Fondation accorde un octroi, elle demande notamment d’être informée de l’évolution du dossier pour ensuite prendre une photo officielle avec l’équipe récipiendaire des sommes.**

Qui sera la personne en **reddition de compte** à la Fondation pour cette demande ?

Nom complet : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre d’emploi : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Courriel : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

| TOUTE DEMANDE DÉPOSÉE À LA FONDATION DOIT ÊTRE SOUMISE **AU DIRECTEUR** CONCERNÉ.    PAR LA SIGNATURE DU PRÉSENT FORMULAIRE, LE DIRECTEUR CONFIRME QUE LA DEMANDE SOUMISE À LA FONDATION EST JUGÉE PRIORITAIRE POUR SA DIRECTION ET QU’ELLE RÉPOND AUX ENJEUX ACTUELS DU CIUSSS-MCQ.  Nom, prénom (**lettres moulées**) du directeur(trice) concerné(e) par cette demande  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **OBLIGATOIRE** : Signature du directeur (trice) :  **X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  **NB. Il vous est toujours possible de joindre tous les documents que vous jugez pertinents.** |
| --- |

Déposer le formulaire à la Fondation, **par courriel AVANT LE 15 DÉCEMBRE 2025.**

([amelie\_vallee\_energie@ssss.gouv.qc.ca](mailto:amelie_vallee_energie@ssss.gouv.qc.ca))