**FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT**

**D’ACTIVITÉS ASSOCIÉES À LA SANTÉ AU NUNAVIK**

**SANTÉ PUBLIQUE - 2025-2026**

**DÉPENSES ADMISSIBLES**

La Santé publique rembourse de nombreuses dépenses en lien avec divers événements, dans le but de promouvoir l’organisation et la tenue d’activités associées à la santé dans les communautés du Nunavik.

Voici une liste partielle des dépenses qui **ne sont pas admissibles** :

* Dépenses en infrastructure, incluant les coûts d’entretien des édifices et des véhicules.
* Prix de participation (argent comptant ou matériel).
* Salaires des employés qui organisent ou prennent part à une activité dans le cadre de leurs fonctions professionnelles.
* Coûts associés à de la malbouffe.
* Dépenses pour des déplacements à l’étranger.

**MODALITÉS DE PAIEMENT**

**1. PAIEMENT**

Le paiement sera conditionnel à la réception d’une facture accompagnée des pièces justificatives et d’un rapport d’activité une fois l’activité terminée ou à la fin de l’exercice financier au cours duquel les dépenses ont été engagées.

**2. SUIVI À LA FIN DE L’EXERCICE FINANCIER**

Dans le cas d’un demandeur qui ne donne pas suite lorsque l’agent effectue un suivi par égard au financement alloué, celui-ci considérera que les fonds accordés n’ont pas été utilisés et pourront être affectés à un autre projet. Si une partie du financement a été versée avant la mise en œuvre de l’activité et que cette dernière est annulée, la somme en question devra être remboursée à la RRSSSN.

**3. FACTURES ORIGINALES**

L’agent responsable examinera les reçus et les factures dès qu’ils seront soumis. Les dépenses qui ne se conforment pas à la demande approuvée peuvent être refusées.

J’ai lu et j’accepte les modalités indiquées à la partie 3.  Oui  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom : |  |  |

**Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec nous à l’adresse** [php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca.](mailto:php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca)

Pour demander du financement, veuillez remplir ce formulaire et le soumettre

par télécopieur, au 819 964-2711, ou par courriel, à l’adresse [php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:php.nrbhss@ssss.gouv.qc.ca).

*Des demandes en lien avec divers projets peuvent être soumises à tout moment durant l’année.   
Le traitement d’une demande est d’environ* ***4 à 6 semaines.***

*Partie 1 – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’organisation** | | |  | | |
| **Adresse** | | |  | | |
| **Personne-ressource** | **Nom** | |  | | |
| **Poste** | |  | | |
| **Courriel** | |  | | |
| **Téléphone** | |  | | |
| **Titre du projet** | |  | | | |
| **Date de début** | |  | | **Date de fin** |  |

*PARTIE 2 – ACTIVITÉS ET BESOINS*

1. **Sujet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Promotion d’une saine alimentation | Mode de vie actif | Diminution du tabagisme |
| Sécurité alimentaire | Santé mentale | Prévention abus alcool/drogues |
| Prévention du diabète | Relations saines | Gestion du stress |
| Hygiène et santé dentaire | Santé sexuelle | Prévention de la violence |
| Prévention et contrôle des infections (incl. l’immunisation, les ITSS) | | Sécurité |

1. **Parlez-nous de l’activité que vous voulez faire. Comment améliorera-t-elle le bien-être de votre communauté?**

|  |
| --- |
| **Objectifs** |
|  |
| **Description de l’activité** |
|  |

1. **Dans quelles communautés l’activité aura-t-elle lieu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Côté d’Hudson | | Salluit | Ivujivik | Akulivik |
| Puvirnituq | Inukjuak | Umiujaq |
| Kuujjuarapik |  |  |
| Côté d’Ungava | | Kangiqsujuaq | Quaqtaq | Kangirsuk |
| Aupaluk | Tasiujaq | Kuujjuaq |
| Kangiqsualujjuaq |  |  |
| Autre : |  | | | |

1. **Historique**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Est-ce la première fois que l’activité aura lieu dans votre communauté? | | | | | | | Oui | | Non |
|  | |  | | | | | |  | |
| Si la réponse est Non | → Quand a-t-elle eu lieu la dernière fois? | | | Année : | |  | | | |
| → Pourquoi y a-t-on mis fin? | |  | | | | | | |
| → Autre communauté où l’activité a eu lieu? | | | |  | | | | |

1. **Fréquence**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Une fois | Chaque semaine | Une à deux fois par mois | Tournoi |
| Saison (été, automne…) | Période scolaire | Année scolaire | En continu |

1. **Population ciblée**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Enfants (0-5 ans) | Jeunes (6-12 ans) | Jeunes (13-17 ans) |  |
| Adultes (18-59 ans) | Aînés (60 ans et plus) | | |
| Femmes enceintes | Femmes | Hommes | Tous |

1. **Combien de personnes devraient participer à votre activité?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1-15 | 16-30 | 31-45 | 46-60 | 61 ou plus |

1. **Dans quel endroit l’activité aura-t-elle lieu?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| N.V. | | École | Centre communautaire | Maison des jeunes |
| Aréna/Gymnase | | Garderie | À l’extérieur | Maison de la famille |
| Autre : |  | | | |

1. **Partenariat / Participation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| École | Église | | Maison de la famille | Aide aux chasseurs |
| N.V. | Makivvik | | Centre de santé/CLSC | Air Inuit/Canadian North |
| ARK | Maison des jeunes | | Association des jeunes | Association des hommes |
| Garderie | Corporation foncière Nunavik | | | |
| Aucun | Autre : |  | | |

1. **Dépenses (objet du financement demandé) – COÛT TOTAL DU PROJET :       $**

SVP remplissez l’annexe 1 afin de détailler vos dépenses - Pages 5-6

1. **Autres sources de financement**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | En attente | | Confirmé | Montant de | $ |
|  | En attente | | Confirmé | Montant de | $ |
|  | En attente | | Confirmé | Montant de | $ |
| * **Financement du centre de santé ?** | | Oui  Non | | Montant de | $ |
| * **Levée de fond prévue ou faites ?** | | Oui  Non | | Montant de | $ |

*PARTIE 3 – SIGNATURES ET AUTORISATION*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Renseignements sur le demandeur** | | | |
| Nom : |  | | |
| Titre : |  | | |
| Signature : |  | Date : |  |
|  | | | |
| **Approbation du superviseur** | | | |
| Nom : |  | | |
| Titre : |  | | |
| Signature : |  | Date : |  |

*ANNEXE 1* – *DÉTAILS DES DÉPENSES*

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources humaines (Nunavik)** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ressources humaines (Sud)** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nourriture** | **Montant ($)** |
| **Traditionnel** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Commercial / Magasin** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Location** | **Montant ($)** |
| **Équipement** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Espace / Salle** | |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Matériel à acheter** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Déplacement / Frais d’envoi** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autres dépenses** | **Montant ($)** |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
|  | $ |
| **Total** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Coût total du projet :** | $ |