**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.

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.

*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 :** |       $ |