ᓄᓇᕗᒻᒥ ᐃᓗᓯᓂᕆᓂᕐᒧᑦ ᑲᑎᒪᔨᖅ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT DES ACTIVITÉS LIÉES À LA SANTÉ AU NUNAVIK

SANTÉ PUBLIQUE

Pour demander du financement, compléter ce formulaire et le retourner par télécopieur au 1-866-867-8026 ou à l'agent

Les projets peuvent être soumis tout au long de l'année.
Le délai de traitement de la demande est d'environ 3-4 semaines.

Nom de l'organisation		**Personne resource (nom et titre d'emploi)**	
Adresse			
Téléphone:		**Courriel**	
Titre du projet			
Date			

PARTIE 1 – ACTIVITÉ ET BESOINS

1. Thématique

☐ Promotion saine alimentation ☐ Mode de vie physiquement actif ☐ Réduction du tabac
☐ 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 (inc. Immunisation, ITSS) ☐ Sécurité

2. Parlez-nous de l'activité que vous voulez faire. Comment ça va améliorer le bien-être de votre communauté?

Objectifs : _____

_____

_____

Description de l'activité : _____

_____

_____

_____

_____

3. Historique

a.	☐ Première fois dans votre communauté	☐ Oui	☐ Non	☐ N/A
b.	☐ A été essayé par le passé	Année:	Arrêté parce que	
c.	☐ A été fait dans une autre communauté	☐ Oui	Laquelle	_____

4. Durée / Fréquence

☐ 3 jours ou moins ☐ Toutes les semaines ☐ 1-2x par mois ☐ Tournoi(s)
☐ Saison (été-automne…) ☐ Étape scolaire ☐ Année scolaire

Date de début _____
Date de fin _____

5. Population visée

☐ Enfants (0-9 ans) ☐ Adolescents (10-17 ans) ☐ Adultes (18-59 ans)
☐ Aînés (60 ans et +) ☐ Tout le monde ☐ Femmes enceintes

P.O. BOX 900, KUUJJUAQ (QUÉBEC) J0M 1C0
TEL : 819 964-2222 FAX : 819 964-2888

6. Combien de personnes sont ciblées lors de cette activité

☐ 1-15 ☐ 16-30 ☐ 31-45 ☐ 46-60 ☐ 60 +
☐ Femme ☐ Homme

7. Lieu de l'activité

☐ N.V. ☐ École ☐ Centre communautaire ☐ Maison des jeunes
☐ Aréna ☐ Garderie ☐ Land/Dehors ☐ Sud
☐ Autre _____

8. Partenariat /Participation

☐ École ☐ NV ☐ Maison de la famille ☐ Association des jeunes ☐ Centre de santé
☐ CLSC ☐ Makivik ☐ Air Inuit/First Air ☐ Comité Maison des jeunes ☐ Église
☐ ARK ☐ Garderie ☐ Associations diverses ☐ Autre _____
☐ Aucun

9. Dépenses – MONTANT TOTAL DU PROJET : _____$

☐ Ressources humaines (Nunavik) _____ $ ☐ Aliments traditionnels _____ $ ☐ Matériel * _____ $
☐ Ressources humaines (South) _____ $ ☐ Aliments magasin _____ $ ☐ Déplacement _____ $
☐ Location d'équipement _____ $ ☐ Location d'espace _____ $ ☐ Frais d'envoi _____ $
☐ Autre _____ _____ $

*** Joindre la liste des articles qui doivent être achetés pour lesquels vous demandez du financement (ex.: Affiches, équipement, nourriture, etc.)**
*** Un inventaire de ce que vous avez présentement (que vous utiliserez) et la date approximative d'achat de ce matériel doit être joint à ce document**

10. Autres sources de financement

•			Montant de	$
•			Montant de	$
•			Montant de	$
Financement du Centre de santé?	☐ Oui	☐ Non	Montant de	$
Levée de fond prévue ou faites?	☐ Oui	☐ Non	Montant de	$

PARTIE 2 – SIGNATURES ET AUTORISATION

- Résolution du comité d'éducation ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A
- Résolution municipale ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A
- Département de récré ARK ☐ Oui ☐ Non ☐ N/A

Signature du responsable de la demande _____ Date _____

Nom du superviseur _____
Approbation superviseur/directeur ☐ Oui

PARTIE 3 – CONDITIONS DE PAIEMENT

1. PAIEMENT
Est conditionnel à la réception des factures originales accompagnées des preuves de paiement ainsi que du rapport d'activité avant le 31 mars de l'année fiscale en cours.

2. SUIVI EN FIN D'ANNÉE FISCALE
Si l'agent ne reçoit pas de réponse de la part du demandeur lors du suivi, l'agent est en droit de considérer que le financement accordé n'a pas été utilisé et peut être octroyé à un autre projet. Dans le cas où une partie du financement a été donné avant le déroulement de l'activité et qu'elle ne se réalise pas, le montant devra être remboursé auprès de la RRSSSN.

3. FACTURES ORIGINALES
Lors de la réception des factures et des reçus, ceux-ci seront révisés par l'agent responsable du projet. Des dépenses peuvent être refusées si elles ne respectent pas les orientations de la proposition de projet initial.

4. APPROCHE ÉCOLE EN SANTÉ
- Les demandes de financement doivent être reçues avant le 15 janvier
- Les commandes doivent être envoyées à l'agent École en santé avant le 15 février
- Les factures doivent être envoyées auprès de l'agent École en santé avant le 31 mars

5. COMPREHENSION DE LA PARTIE 3
J'ai lu et je suis en accord avec les conditions mentionnées dans la partie 3. ☐ Oui ☐ Non