



# Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière

## FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

### Processus

1. Compléter toutes les sections du formulaire.  
*Attention, tout formulaire incomplet sera automatiquement rejeté.*
2. Faire approuver la demande par tous les secteurs / directions concernés.
3. Transmettre la demande à la haute direction (PDG) du CISSS de Lanaudière (obligatoire) afin que celle-ci analyse la demande et envoie sa réponse à la fondation, que la demande soit acceptée ou refusée.  
*Vous devez faire parvenir toutes les pages. N'hésitez pas à ajouter des annexes afin que nous ayons le maximum d'informations pour l'analyse de votre demande.*

Vous serez par la suite avisé par courriel de la décision de la fondation dans les meilleurs délais.

### Si vous avez des questions concernant ce formulaire, contactez :

Maude Malo, directrice générale  
Par téléphone : 450.759.8222, poste 2782  
Par télécopie : 450.756.5086  
Par courriel : maude.malo@ssss.gouv.qc.ca

### Rappel de la mission, de la vision et des valeurs de la fondation

**Mission** : La fondation mobilise la communauté et recueille des fonds afin de financer des projets et des équipements améliorant les soins de santé et les services sociaux, de même que le bien-être des gens, dans le nord de Lanaudière.

**Vision** : Être reconnue par l'ensemble des acteurs de sa communauté pour son efficacité et son impact en matière d'amélioration de la santé et du bien-être de la population de son territoire.

**Valeurs** : Humanisme – Engagement – Collaboration – Qualité – Performance - Efficience

<b>1- Identification du projet</b>	
Nom du projet :	
Type : Cocher toutes les cases applicables	<input type="checkbox"/> Équipement médical <input type="checkbox"/> Équipement non médical <input type="checkbox"/> Mieux-être <input type="checkbox"/> Immobilisation (construction, aménagement) <input type="checkbox"/> Autre S.V.P. spécifier :
* Attention, veuillez compléter toutes les sous-sections du point 3 correspondantes au type de projet.	
Projet de :	<input type="checkbox"/> Développement <input type="checkbox"/> Remplacement
Date de démarrage :	
Durée estimée :	
Programme(s) concerné(s) :	
Nom du requérant :	No de tél. : Courriel :

<b>2- Description du projet</b>	
Âge de la clientèle concernée :	
Sexe de la clientèle concernée :	
Localisation de la clientèle : (Installation(s), département(s) touchés)	
Nb. de bénéficiaires prévus : (Mettre un nombre approx. d'usagers touchés ou visés - cette donnée est réellement très utile)	
Objectif(s) visé(s) : (Avantage(s) pour la population ou la clientèle visée, retombées, etc.)	
Descriptif sommaire du projet :	
Quelle visibilité accorderez-vous à la fondation? De quelle façon, sur quels supports de communication?	

<b>3- Coûts du projet</b>
<b>a. Secteur clinique</b> - À compléter par le demandeur
Coût estimé des frais
Frais récurrents annuels
<b>b. Équipement médical</b> - À compléter par le Service de génie biomédical
Coût estimé des achats
Frais récurrents annuels
<b>Total équipement médical (GBM)</b>
Signature du responsable au GBM
Nom complet
Numéro de téléphone
Adresse courriel
<b>c. Équipement non médical</b>
Coût estimé des achats
Frais récurrents annuels
<b>Total non médical</b>
<b>d. Informatique</b> - À compléter par la Direction des ressources informationnelles
Coût estimé des achats
Frais récurrents annuels
<b>Total informatique</b>
Signature du responsable des ress. informationnelles
Nom complet
Numéro de téléphone
Adresse courriel
<b>e. Mieux-être</b>
Coût estimé du projet
Frais récurrents annuels
<b>Total mieux-être</b>
<b>f. Immobilisation</b> - À compléter par la Direction des services techniques
Coût estimé du projet
Frais récurrents annuels
<b>Total immobilisation (DST)</b>
Signature du responsable des services techniques
Nom complet
Numéro de téléphone
Adresse courriel

<b>g. Coût total du projet</b>	
	Montant \$
Total secteur clinique	
Total équipement médical (GBM)	
Total non médical	
Total informatique (DRI)	
Total mieux-être	
Total immobilisation (DST)	
Autre montant	
S.V.P. spécifier :	
Total du projet	
<b>h. Participant(s) au financement (autres que la fondation)</b>	
Partenaire (s)	Montant \$
Total	
Montant demandé à la fondation	
Soustraire le montant des participants autres du coût total du projet.	

*S.V.P., le cas échéant, veuillez joindre la fiche technique ou tout document pertinent à l'analyse de la demande.*

### **Méthode pour l'insertion d'une signature électronique à la prochaine page :**

Pour insérer une signature électronique :

- dans le menu, cliquer sur Édition;
- sélectionner Gérer les outils, puis Remplir et signer;
- cliquer ensuite sur Signer (en mettant l'icône si possible) dans le haut du document;
- choisir Ajouter une signature avec les options Tracer ou Image. NE PAS CHOISIR L'OPTION TAPER, puisque simplement inscrire le nom ne remplace pas une signature.

<b>4- Engagements et signatures</b>	
<b>a. Engagement du requérant</b>	
<input type="checkbox"/> Je m'engage à fournir, sur demande de la Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière, un bilan et / ou un rapport financier du projet.	
Nom du requérant :	Titre :
Signature :	Date :
<b>b. Gestionnaire</b>	
Nom du gestionnaire concerné :	
Signature :	
Adresse courriel :	
<b>c. Médecin chef de l'unité / département</b> – dans le cas d'une demande d'équipement médical	
Nom du médecin-chef concerné :	
Signature :	
Adresse courriel :	
<b>d. Recommandation de la direction concernée</b>	
<input type="checkbox"/> Favorable	
<input type="checkbox"/> Défavorable	
Commentaires :	
Nom du directeur concerné :	
Signature :	
Adresse courriel :	
<b>e. Recommandation de la haute direction du CISSS de Lanaudière</b>	
<input type="checkbox"/> Favorable	
<input type="checkbox"/> Défavorable	
Commentaires :	
Nom du président-directeur général :	
Signature :	
Date :	

\* Consulter en page 4 la méthode pour l'insertion d'une signature électronique.

Section réservée à la fondation	
Date de réception de la demande :	
Date de transmission de l'acceptation :	
Décision :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Montant accordé et conditions : (le cas échéant)	
Numéro d'attribution :	
Date de présentation au CA (si applicable – dans le cas de demande de 100 000 \$ et plus) :	
Numéro de résolution (si applicable – dans le cas de demande de 100 000 \$ et plus) :	
Commentaires :	

Information additionnelle
<p>La fondation souhaite que tout projet dont le montant demandé à la fondation est plus grand que 50 000 \$ soit présenté en comité d'attributions ou en conseil d'administration de la fondation.</p> <p><b>En détail :</b></p> <p>Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation se situe entre 50 000 \$ et 99 999 \$ - la fondation demandera au requérant, au gestionnaire ou au directeur lié au projet, de venir le présenter en comité d'attributions dans le mois suivant la réception de la demande à la fondation.</p> <p>Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation est de plus de 100 000 \$ - la fondation demandera au requérant, au gestionnaire, au directeur lié au projet ou au président-directeur général, de venir le présenter au conseil d'administration de la fondation dans les mois suivant la réception de la demande à la fondation.</p>