

PAGE COUVERTURE DU FONDS DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2006-2007

| | | |
|--|-------|------------|
| Nom de l'organisme : | | |
| Description de l'organisme : | | |
| Titre du projet : | | |
| Personne-ressource : | | |
| Adresse postale : | | |
| Téléphone : | Fax : | Courriel : |
| Domaine touché : (Scocher tous ceux qui s'appliquent) <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Vie active et alimentation saine<input type="checkbox"/> Grossesse en santé, prévention du spectre des troubles de l'alcoolisation foetale<input type="checkbox"/> Dommages causés par le tabac et cesser de fumer<input type="checkbox"/> Prévention des blessures | | |
| De combien de financement avez-vous besoin pour effectuer votre projet : | | |

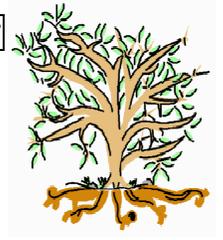
_____ \$ (Note : maximum de 10 000 \$ par projet)

Liste de vérification (cochez ce qui suit ✓)

- Avez-vous joint votre proposition?
- Avez vous joint votre budget?
- Avez-vous revu votre proposition/budget avec l'administration locale des services de santé et des services sociaux et l'organisme qui vous parraine?
- Avez-vous joint une approbation de l'administration des services de santé et des services sociaux?
- Avez-vous gardé une copie pour vos dossiers?

Date : _____ Signé : _____

PROPOSITION AU FONDS DE PROMOTION DE LA SANTÉ 2006-2007



Étape 1 - DÉCRIVEZ VOTRE PROJET ET CE QUE VOUS FEREZ

Titre du projet : _____

Veillez donner une description sommaire de votre projet :

(Référez-vous aux lignes directrices et critères du fonds de promotion de la santé pour plus d'information.)

Est-ce un nouveau projet (cochez une réponse) : **Oui** **Non**
Avez-vous demandé du financement l'an dernier? **Oui** **Non**

1. Pourquoi voulez-vous faire ce projet?

2. Quels changements voulez-vous voir se produire à cause de votre projet (but)?

Des exemples : moins d'enfants commenceront à fumer; plus d'enfants seront actifs; plus d'enfants mangeront mieux parce qu'ils connaissent l'importance de la bonne nutrition; plus de parents auront des foyers sans fumée; des enfants auront moins de blessures; etc.

Le but de votre projet est :

Vous pouvez faire parvenir vos propositions par fax au (867) 920-3171

3. Quels sortes d'objectifs vous aideront à atteindre votre but?

Des exemples : promouvoir des foyers sans fumée; offrir de la promotion sur la nutrition et de l'éducation aux enfants; fournir de la formation; promouvoir des activités qui améliorent le niveau de conditionnement physique des enfants; etc.

Objectif 1 :

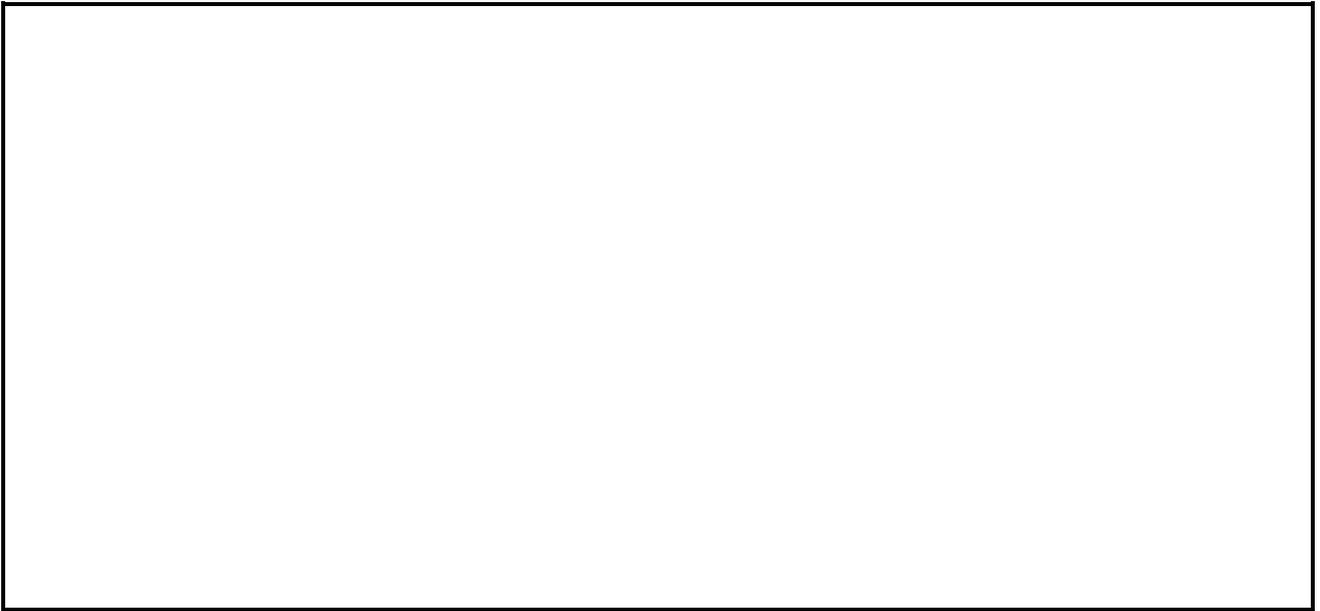
Objectif 2 (si cela s'applique) :

Objectif 3 (si cela s'applique) :

(utiliser davantage de papier au besoin)

4. Fournissez une description détaillée des activités de votre projet :

(utilisez davantage de papier au besoin)



5. Évaluation : comment saurez-vous si votre projet est un succès - que mesurerez-vous pour constater le succès de votre projet, et comment ferez-vous rapport sur votre projet?

Expliquez comment vous évaluerez votre projet (pour de l'aide, veuillez communiquer avec un spécialiste de la promotion de la santé, pour qu'il puisse vous aider).

6. Qui va coordonner votre projet? Cochez tout ce qui s'applique ✓

- Des bénévoles s'occuperont de ce projet.
- Vous avez besoin d'une personne pendant quelques heures par jour pour aider à ce projet.
- Il faut des coups pour la formation dans ce projet.
- Autre. Veuillez expliquer (par ex. un projet que vous faites dans le cadre de votre travail régulier, ou... _____)

7. Avez-vous besoin d'information et de ressources additionnelles pour faire la promotion de la santé? Si oui, de quel genre d'aide?

8. Votre projet débute _____ et se termine _____.
Note : Tout le financement doit être dépensé entre le 1^{er} avril 2006 et le 31 mars 2007.

9. À quel rythme tiendrez-vous vos activités (par ex. deux heures par jour, une fois par semaine, deux fois par mois, autre)?

10. Énumérez tous les endroits où vous tiendrez votre programme :

11. Combien de personnes participeront aux activités de votre projet? _____

12. Groupes/Organismes impliqués - faites la liste de vos partenaires et le rôle qu'ils vont jouer

Qui? _____ Rôle? _____

Qui? _____ Rôle? _____

Qui? _____ Rôle? _____

Qui? _____ Rôle? _____

13. Qui s'occupera du financement, du rapport et des exigences en matière d'évaluation?

Veillez fournir de l'information détaillée sur les coûts, sur le formulaire du budget fourni. Cette information nous aidera à traiter rapidement votre demande.

Étape 2 :

Financement de la promotion de la santé - Budget 2006-2007

| BUDGET (utilisez davantage de papier ou d'autres formulaire au besoin) | Fonds de promotion de la santé | Autres sources de financement | Explication : décrire tous les coûts, quand cela s'applique |
|--|--------------------------------------|-------------------------------------|--|
| Titre du projet : | | | |
| A. Fournitures et approvisionnements | \$ | \$ | Commentaires : Décrire le genre de fournitures que vous achetez/produisez: |
| | \$ | \$ | |
| | \$ | \$ | |
| A. Coûts totaux : Fournitures et approvisionnement : | \$ | \$ | |
| B. Coûts pour la formation et la coordination | \$ | \$ | Commentaires : Décrire les coûts pour la formation et la coordination. |
| | \$ | \$ | |
| | \$ | \$ | |
| B. Coûts totaux : Formation et coordination | \$ | \$ | |
| C. Déplacements : | \$ | \$ | Commentaires : Décrire les coûts pour les déplacements, l'hébergement et les repas: |
| | \$ | \$ | |
| C. Coûts totaux : Déplacements | \$ | \$ | |
| D. Autres | \$ | \$ | Commentaires : Décrire tous les autres coûts de votre projet. |
| | \$ | \$ | |
| D. Coûts totaux : Autres | \$ | \$ | |
| E. Subtotal (A. - D.): | \$ | \$ | |
| F. Frais d'administration : | \$ | \$ | Financement <u>maximal</u> disponible : 10 000.00 \$ |
| G. <u>TOTAL</u> - Financement requis E + F = G | \$ | \$ | |

Vous pouvez faire parvenir vos propositions par fax au (867) 920-3171

Éléments livrables

À la fin de l'exercice, les éléments livrables sont les suivants. Veuillez cocher tous ceux qui s'appliquent √:

Les éléments livrables au Fonds de promotion de la santé à la fin de l'exercice sont les suivants :

_____ Le rapport semestriel, de fin d'exercice et des dépenses, qui vous ont été envoyés à la signature de l'entente de contribution

Les rapports de fin d'exercice sont dus pour le 15 avril 2007.

_____ Un échantillon de tous le matériel produit, en affichant bien le crédit au ministère de la Santé et des Services sociaux pour le financement.

_____ Des photos ou le matériel de toutes les activités (si disponible)

_____ Nombre total de participants

_____ Une évaluation des activités complétées et le succès de ces activités, ou ce que vous en avez appris.

