

**Funding Application Form
Drug Strategy Community Initiatives Fund**

**Demande de financement
Fonds des initiatives communautaires de la Stratégie antidrogue**

Please refer to the DSCIF Funding Guidelines before completing this form.
Veuillez vous référer au document "Lignes Directrices du Fonds" avant de compléter ce formulaire.

ORGANIZATION – ORGANISME		
Name of Organization Nom de l'organisme		Previous name of Organization Nom précédent de l'organisme
Mailing address Adresse postale		Street address Adresse civique
Name and Title of Project Contact - Nom et titre de la personne ressource pour le projet		
Telephone - Téléphone	Fax - Télécopieur	E-mail address - Courriel
Organization Web Site address (if applicable) - Site Internet de l'organisme (s'il y a lieu)		
Preferred language for correspondence Langue de correspondance		<input type="checkbox"/> English - Anglais <input type="checkbox"/> French – Français
Identify your type of organization - Identifiez votre type d'organisme <input type="checkbox"/> Not for profit health organization - Organisme de santé sans but lucratif <input type="checkbox"/> Not-for-profit organization - Organisme sans but lucratif <input type="checkbox"/> Registered not-for-profit charitable organization - Organisme de charité enregistré sans but lucratif <input type="checkbox"/> Canadian Institution – Institution canadienne <input type="checkbox"/> Business Sector Association - Association du secteur des affaires <input type="checkbox"/> Band / Tribal Council - Bande / Conseil tribal <input type="checkbox"/> Inuit Organization - Organisme Inuit <input type="checkbox"/> Métis - Métis <input type="checkbox"/> Self-governing First Nations - Premières nations autogérées <input type="checkbox"/> Other organization, please specify - Autre organisme, veuillez spécifier _____ _____		

PREVIOUS FUNDING - FINANCEMENT ANTÉRIEUR
Have you previously received funding from Health Canada? Avez-vous déjà reçu du financement de Santé Canada? <input type="checkbox"/> Yes - Oui <input type="checkbox"/> No - Non If yes, under which program? Please specify: Si oui, pour quel programme? Veuillez spécifier : _____ _____

PROJECT INFORMATION - INFORMATION SUR LE PROJET

Amount requested from DSCIF Montant requis de FICSA	TOTAL cost of project Coût TOTAL du projet	
Proposed start date (yy/mm/dd) Date de début proposée (aa/mm/jj)	Proposed end date (yy/mm/dd) Date de fin proposée (aa/mm/jj)	
Project title - Titre du projet		
Scope of project - Étendue du projet		
<input type="checkbox"/> Local - Locale	<input type="checkbox"/> Provincial/Territorial - Provincial/Territoriale	<input type="checkbox"/> Multi-jurisdictional - Multi- juridictionnelle
<input type="checkbox"/> Municipal - Municipale	<input type="checkbox"/> National - Nationale	
<input type="checkbox"/> Regional - Régionale	<input type="checkbox"/> International - Internationale	
Type of Project - Type de projet		
<input type="checkbox"/> Conference - Conférence	<input type="checkbox"/> Resource Material - Ressources matérielles	<input type="checkbox"/> Outreach and Access - Service d'approche et d'accès
<input type="checkbox"/> Educational - Éducationnel	<input type="checkbox"/> Evaluation - Évaluation	<input type="checkbox"/> Peer Support - Groupe de soutien par les pairs
<input type="checkbox"/> Public Awareness - Sensibilisation du public	<input type="checkbox"/> Needs Assessment - Évaluation des besoins	<input type="checkbox"/> Other – Autre : _____
<input type="checkbox"/> Training - Formation	<input type="checkbox"/> Networking - Réseautage	
Target Population (please indicate a maximum of three) Population cible (en choisir 3 au maximum)		
<input type="checkbox"/> Urban Aboriginal - Autochtones en milieu urbain	<input type="checkbox"/> Persons with disabilities - Personnes handicapées	
<input type="checkbox"/> Business Community - Milieu des affaires	<input type="checkbox"/> Pregnant Teens - Adolescentes enceintes	
<input type="checkbox"/> Children - Enfants	<input type="checkbox"/> Pregnant Women - Femmes enceintes	
<input type="checkbox"/> Elderly - Aînés	<input type="checkbox"/> Professional - Health Sector - Professionnels - secteur de la santé	
<input type="checkbox"/> Ethnocultural Groups- Groupes ethnoculturels	<input type="checkbox"/> Sex Trade Workers – Prostitué (e)s	
<input type="checkbox"/> First Nations - Premières nations	<input type="checkbox"/> Single Parents / Lone Parents - Chefs de famille monoparentale/parents seuls	
<input type="checkbox"/> Gays/Lesbians - Homosexuels et lesbiennes	<input type="checkbox"/> Street / Homeless - Sans abris/marginaux des rues	
<input type="checkbox"/> Infants – Bébés/Nourissons	<input type="checkbox"/> Victims of Violence - Victimes de violence	
<input type="checkbox"/> Injection Drug Users - Utilisateurs de drogues par injection	<input type="checkbox"/> Women - Femmes	
<input type="checkbox"/> Inuit - Inuit	<input type="checkbox"/> Youth - Jeunes	
<input type="checkbox"/> Living in Poverty - Pauvres	<input type="checkbox"/> Other, specify - Autres, spécifiez : _____	
<input type="checkbox"/> Métis - Métis		
<input type="checkbox"/> Official Language Minority Group - Groupe minoritaire de langue officielle		
<input type="checkbox"/> Parents - Parents		
Size of Population - Taille de la population		
<input type="checkbox"/> 0-20	<input type="checkbox"/> 61-80	<input type="checkbox"/> 1000-9999
<input type="checkbox"/> 21-40	<input type="checkbox"/> 81-100	<input type="checkbox"/> 10 000 +
<input type="checkbox"/> 41-60	<input type="checkbox"/> 100-999	
Sex of Population - Sexe de la population		
<input type="checkbox"/> Both - Féminin et masculin	<input type="checkbox"/> Predominantly Female - Majoritairement féminin	
<input type="checkbox"/> Female - Féminin	<input type="checkbox"/> Predominantly Male - Majoritairement masculin	
<input type="checkbox"/> Male - Masculin	<input type="checkbox"/> Transgendered - Transgendéristes	
Age group(s) (check all that apply) – Groupe(s) d'âge (cochez tous les groupes qui s'appliquent)		
<input type="checkbox"/> All Age Groups - Tous les groupes	<input type="checkbox"/> Children 7-12 - Enfants 7-12	<input type="checkbox"/> Seniors 65+ - Aînés 65+
<input type="checkbox"/> Prenatal - Prénatal	<input type="checkbox"/> Youth 13-18 - Jeunes 13-18	<input type="checkbox"/> Aboriginal Seniors 55+ - Aînés autochtones 55+
<input type="checkbox"/> Infant 0-2 - Nourissons 0-2	<input type="checkbox"/> Young Adult 19-24 - Jeunes adultes 19- 24	
<input type="checkbox"/> Preschool 3-6 - Préscolaires 3-6	<input type="checkbox"/> Adult 25-64 - Adultes 25-64	
Life Stages - Ligne(s) de service		
<input type="checkbox"/> All Life Stages - Toutes les phases	<input type="checkbox"/> Early to Mid-Adulthood - Vie adulte	
<input type="checkbox"/> Childhood & Youth - Enfance et jeunesse	<input type="checkbox"/> Later Life - Troisième âge	

**PROJECT BUDGET SUMMARY
SOMMAIRE BUDGÉTAIRE DU PROJET**

BUDGET CATEGORIES CATÉGORIES BUDGÉTAIRES	Amount by Fiscal Year (April to March) Montants par année financière (avril à mars)						Total Budget/ Budget total
	Year/Année 1		Year/Année 2		Year/Année 3		
	DSCIF/ FICSA	Other Funding/ Autres sources	DSCIF/ FICSA	Other Funding/ Autres sources	DSCIF/ FICSA	Other Funding/ Autres sources	
Salaries / Salaires							
Honoraria/Honoraires							
Travel and accommodation Voyagement et hébergement							
Rent and utilities / Loyer et services publics							
Materials and supplies / Matériel et fournitures							
Equipment rental / Location d'équipement							
Evaluation / Évaluation							
Other (specify in detailed project budget) / Autre (spécifiez en détail le budget du projet)							
Totals / Totaux:							

Have you applied to other programs for this project?

Avez-vous soumis une application à un autre programme pour ce projet ?

- YES Federal (specify) _____
OUI fédéral (spécifiez) _____

- Other (specify) _____
Autre (spécifiez) _____

- No
Non

**FUNDING APPLICATION CHECKLIST
LISTE DE CONTROLE DE LA SOUMISSION**

Please attach the following documents to your application form:
S.V.P. inclure les documents suivants à votre demande :

- Your detailed project proposal.
Votre proposition détaillée du projet.
- A detailed project budget broken down by fiscal year (April 1st - March 31st).
Un budget détaillé du projet par année fiscale (du 1er avril au 31 mars).
- Letters of support from relevant stakeholders.
Lettres de support des partenaires concernés.
- Documents describing your organization.
Documents décrivant votre organisme.
- Your organization's financial statements for the last two fiscal years.
Les états financiers de votre organisme pour les deux dernières années.
- A list of the names and titles of individuals conducting this project.
Une liste des noms et des titres des personnes impliquées dans ce projet.
- A list identifying other sources of funding for this project, including federal, provincial, territorial, municipal, sources, etc.
Une liste identifiant les autres sources de financement pour ce projet, incluant le financement fédéral, provincial, territorial, municipal, etc.
- A list describing your organization's other Health Canada funded projects and other federally funded projects.
Une liste identifiant les autres projets de votre organisme financés par Santé Canada ou autres ministères fédéraux

Declaration / Déclaration :

Person with authority to sign on behalf of the organization / Personne qui détient le pouvoir de signer au nom de l'organisme

Please print the name and title of the person with signing authority
Veuillez imprimer le nom et le titre de la personne qui détient le pouvoir de signature :

(Name - Nom)

(Title - Titre)

I hereby declare that:

- the information in this application is accurate and complete;
- the application is made on behalf of the organization(s) identified herein and with their full knowledge and consent;
- no person involved in this project is in conflict with the post-employment guidelines of the Federal Government.

I acknowledge that should a contribution for this project be approved for funding, I will be required to enter into a formal agreement which will outline the funding terms and conditions.

Je déclare que :

- les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets;
- la demande est présentée au nom des organismes figurant sur la liste ci-jointe, avec l'approbation de ceux-ci;
- aucun des participant(es) ne contrevient au code du gouvernement fédéral régissant les conflits d'intérêts et l'après-mandat s'appliquant à la fonction publique.

Je comprends que si cette demande est approuvée, il me faudra signer une entente formelle où seront précisées les modalités.

Signature

Date