

## FORMULAIRE DE DEMANDE RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### Instructions

Veillez remplir les parties A et B, signer le formulaire et inscrire la date à la partie C.

Fournissez les renseignements demandés dans les annexes concernant le projet ou le programme, tel que requis.

PARTIE A - RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR			
ORGANISME			
Nom au complet de l'organisme		Nom antérieur de l'organisme	
Votre organisme a-t-il précédemment présenté une demande de financement au Ministère? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui Précisez : _____			
Portée des activités de l'organisme : <input type="checkbox"/> Locale <input type="checkbox"/> Municipale <input type="checkbox"/> Provinciale/Territoriale <input type="checkbox"/> Nationale STATUT JURIDIQUE Constitué en société? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Fédéral <input type="checkbox"/> Provincial / Territorial En cours <input type="checkbox"/> Oui Date de la demande _____ <input type="checkbox"/> Non N° d'enregistrement _____ Date d'enregistrement _____			
Enregistré auprès de Revenu Canada à titre d'organisme de bienfaisance? <input type="checkbox"/> Oui N° d'enregistrement _____ Date d'enregistrement _____ <input type="checkbox"/> Non En cours <input type="checkbox"/> Oui Date de la demande _____			
PARTICULIER			
Nom :		Citoyen canadien ou résident permanent / Immigrant reçu <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
PARTIE B - RENSEIGNEMENTS SUR LA PERSONNE-RESSOURCE			
Nom : <input type="checkbox"/> M. <input type="checkbox"/> Mme <input type="checkbox"/> Autre		Titre	
Adresse de l'organisme :		Adresse postale (si différente) :	
Tél. - bureau ( )	Télec. - bureau ( )	Courriel	Site Web http://
Langue de communication désirée <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Anglais		RÉSERVÉ à l'administration interne	
Date de réception		Agent de programme	
PARTIE C - DÉCLARATION			
JE CERTIFIE QUE tous les renseignements contenus dans la présente demande sont exacts et complets, et que le projet, y compris les plans et les budgets, est correctement présenté. J'accepte qu'une fois le financement fourni, toute modification au projet devra être approuvée par le Ministère. J'accepte de faire état publiquement du financement et de l'aide du Ministère, conformément aux modalités de l'accord de financement. J'accepte également de déposer un rapport final et, au besoin, les états financiers aux fins d'évaluation de l'activité financée par le Ministère. Je reconnais que les renseignements fournis dans la présente demande peuvent être divulgués en vertu de la <i>Loi sur l'accès à l'information</i> . J'accepte en outre de respecter l'esprit des différentes lois régissant les programmes du ministère du Patrimoine canadien.			
SIGNATURE AUTORISÉE			
Signature		Nom et titre (En lettres moulées)	Date

RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR - PROGRAMME D'AIDE AUX MUSÉES	
Statut juridique <input type="checkbox"/> Société sans but lucratif <input type="checkbox"/> Université <input type="checkbox"/> Gouvernement provincial / territorial <input type="checkbox"/> Administration municipale <input type="checkbox"/> Conseil de bande	
Organe de direction :	
Nombre d'employés : Personnel à temps plein rémunéré _____ (ou l'équivalence) Personnel à temps partiel rémunéré _____ Personnel à temps plein non rémunéré _____ Personnel à temps partiel non rémunéré _____	Nombre de visiteurs par année _____  Nombre d'utilisateurs externes par année _____ (c.- à-d. participants aux activités de diffusion externe)
PRÉSIDENT OU CADRE SUPÉRIEUR DU COMITÉ EXÉCUTIF :	
DIRECTEUR :	
PERSONNE-RESSOURCE POUR LES QUESTIONS CONCERNANT LA DEMANDE : TÉL. ( ) _____	
ADRESSE POSTALE DU PRÉSIDENT OU CADRE SUPÉRIEUR (POUR LA CORRESPONDANCE MINISTÉRIELLE)	
Nom, Titre	
Organisme	
Adresse	
Ville, Province	
Code postal	

SOMMAIRE ET DESCRIPTION DU PROJET	
Volet de financement du PAM : <input type="checkbox"/> Accès et diffusion nationale (cochez un volet) <input type="checkbox"/> Fonds pour la circulation des expositions itinérantes (Pages 1,2 et 6 seulement) <input type="checkbox"/> Développement des musées autochtones <input type="checkbox"/> Développement organisationnel	
Titre du projet :	
Description concise du projet :	
Date de début prévue du projet :	Date de la fin du projet :
Budget total du projet : _____ \$	Montant demandé au Ministère : _____ \$
Avez-vous demandé des fonds à d'autres ministères fédéraux pour ce projet? <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui (précisez) _____	

### DÉTAILS DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES

Avant de remplir ces pages, veuillez lire la section «PRÉPARATION DE VOTRE DEMANDE» indiquée dans les lignes directrices.

A) SALAIRES ET TRAITEMENTS			
NOM/TITRE	TEMPS DE TRAVAIL	RÉMUNÉRATION /AN.	SALAIRE
		<b>Total</b>	

B) FRAIS DE CONSULTATION			
NOM/TITRE	TEMPS DE TRAVAIL	RÉMUNÉRATION/JOUR	COÛT
		<b>Total</b>	

C) DÉPLACEMENTS					
DE/À	NOMBRE DE PERSONNES	JOURS DE DÉPLACEMENT	INDEMNITÉS QUOTIDIENNES	FRAIS DE VOYAGE / PERSONNE	SOMME
				<b>Total</b>	

## DÉTAILS DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES (suite)

D) FOURNITURES ET MATÉRIEL				
ARTICLE	QUANTITÉ	COÛT/UNITÉ	SOUS-TOTAL	SOMME
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
			<b>Total</b>	

E) ÉQUIPEMENT				
ARTICLE	QUANTITÉ	COÛT/UNITÉ	SOUS-TOTAL	SOMME
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
			<b>Total</b>	

F) DÉPENSES DIVERSES				
ARTICLE	QUANTITÉ	COÛT/UNITÉ	SOUS-TOTAL	SOMME
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
	@			
			<b>Total</b>	

**SOMMAIRE DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES**

Veuillez énumérer les sources de revenus prévues et notez-les dans les colonnes «Anticipées» ou «Confirmées». Remplissez le formulaire ci-dessous en transférant les totaux des dépenses des pages précédentes.

<b>SOMMAIRES DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES</b>			
<b>SOURCES DE REVENUS</b>	<b>ANTICIPÉES</b>	<b>CONFIRMÉES</b>	<b>% DU TOTAL</b>
<b>Sources non gouvernementales</b>			
Demandeur			
Collecte de fonds			
Revenus générés			
Autres (précisez)			
Autres (précisez)			
<b>Sources gouvernementales</b>			
Gouvernement fédéral (autre que PAM)			
Gouvernement provincial			
Administration municipale			
Autres (précisez)			
Autres (précisez)			
Programme d'aide aux musées			
<b>TOTAL DES REVENUS</b>			<b>100 %</b>

<b>SOMMAIRES DES PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES</b>		
<b>DÉPENSES DIRECTES</b>		<b>% TOTAL</b>
A) Salaires et traitements		
B) Frais de consultation		
C) Déplacements		
D) Fournitures et matériel		
E) Équipement		
F) Autres		
<b>TOTAL DES DÉPENSES</b>		<b>100 %</b>

**FONDS POUR LA CIRCULATION DES EXPOSITIONS ITINÉRANTES - PROGRAMME D'AIDE AUX MUSÉES**  
**SOMMAIRE DU PROJET ET PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES**

**Directives aux demandeurs en vertu des modalités du Fonds pour la circulation des expositions itinérantes dans le cadre du volet Accès et diffusion nationale**

Veuillez remplir le formulaire ci-dessous au lieu de fournir les détails demandés aux pages précédentes et l'annexer à la demande (pages 1 et 2). Notez que certains coûts directs pourraient ne pas être admissibles si l'exposition a déjà été financée en vertu de ce volet.

<b>SOMMAIRE DU PROJET ET PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES</b>		
TITRE DE L'EXPOSITION ITINÉRANTE		
PROVENANCE DE CETTE EXPOSITION (NOM DU MUSÉE ET DE LA PROVINCE)	Musée	Province
DATES PRÉVUES POUR LA PRÉSENTATION AU PUBLIC	De	À
BUDGET ANNUEL DE L'ORGANISME (DOIT ÊTRE INFÉRIEUR À 1 000 000 \$/ANNÉE POUR ÊTRE ADMISSIBLE)		\$ /an.
VOTRE ORGANISME A-T-IL DÉJÀ REÇU UNE SUBVENTION DANS LE CADRE DE CETTE OPTION AU COURS DE L'EXERCICE FINANCIER?	Oui / Non	
<b>DÉPENSES INHÉRENTES À L'EMPRUNT DE L'EXPOSITION</b>	<b>PRÉVUES</b>	<b>% DU TOTAL</b>
Frais de l'emprunt		
Frais de location		
Coûts de transport		
Emballage		
Services professionnels		
Fournitures et matériel		
Autres (précisez)		
		Total des dépenses
Montant demandé au PAM (50 % du total, jusqu'à concurrence de 5 000 \$)		