



Demande *de* financement

Liste de vérification **Votre demande de financement doit comprendre ce qui suit :**

formulaire original de Demande de financement complété et signé par un agent autorisé par votre organisme

description détaillée de votre projet (*vous référer au Guide du requérant et/ou à la Demande de propositions pour ces détails*)

preuve d'admissibilité de votre
organisme **(Section 1, #2)**

copie de la documentation qui confirme le statut du financement de d'autres sources (*s'il y a lieu*) **(Section 5, #1b, 2b)**

L'Agence de santé publique du Canada recueille des renseignements qui serviront à évaluer les propositions soumises pour l'obtention de subventions et contributions. On peut avoir accès aux renseignements fournis dans ces propositions, comme les objectifs et les activités de l'organisme, le nombre de ses employés et les données financières aux termes de la Loi sur l'accès à l'information. Par ailleurs, tout renseignement personnel sera protégé, conformément à la Loi sur la protection des renseignements personnels. Les directives sur la façon de faire une demande d'information en vertu des lois se trouvent dans InfoSource, à l'adresse www.infosource.gc.ca.

PON-04 (2006)



Demande *de* financement

À DES FINS D'UTILISATION PAR L'ASPC

SECTION 1 Renseignements sur l'organisme

VEUILLEZ DACTYLOGRAPHIER OU
ÉCRIRE EN LETTRES MOULÉES

page 1 de 7

1. Langue préférée

Français

Anglais

2. Nom légal de l'organisme



Joindre une
preuve de
l'admissibilité de
votre organisme

3. Adresse postale

4. Adresse pour messagerie (si différente du #3)

5. Personne ressource pour ce projet

M. Mme Mlle Autre

Adresse postale (si différente du #3)

Nom

Titre

6. Numéro de téléphone de la personne ressource

() Poste

7. Numéro de télécopieur

()

8. Courriel

9. Adresse du site web de l'organisme

1. Titre du projet**2. Résumé du projet (maximum 350 mots) en complétant ce qui suit**

- a) *L'organisme a pour mandat de . . .*
- b) *Les partenaires avec lesquels l'organisme travaillera sur ce projet sont . . .*
- c) *Les objectifs du projet sont . . .*
- d) *Les activités que l'organisme entreprendra afin d'atteindre les objectifs sont . . .*
- e) *Les résultats attendus de ce projet sont . . .*
- f) *Les outils qui seront utilisés pour évaluer les résultats du projet sont . . .*
- g) *Les réalisations attendues de ce projet sont . . .*
- h) *Les réalisations et/ou les résultats de ce projet seront diffusés par . . .*

**3. Montant total
demandé au programme****4. Durée du projet
(mois)**

1. Est-ce que votre organisme a reçu du financement du gouvernement du Canada (subventions et contributions) au cours des douze derniers mois ? Oui Non



Dans la négative, cliquer ici et aller à la section 5

2. Dans l'affirmative, veuillez compléter ce qui suit :

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Veuillez fournir les renseignements suivants

Date du début

AA-MM-JJ

Nom

Date de fin

AA-MM-JJ

Titre

Montant

Téléphone

()

Poste

Titre du projet

Courriel

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Veuillez fournir les renseignements suivants

Date du début

AA-MM-JJ

Nom

Date de fin

AA-MM-JJ

Titre

Montant

Téléphone

()

Poste

Titre du projet

Courriel

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Veuillez fournir les renseignements suivants

Date du début

AA-MM-JJ

Nom

Date de fin

AA-MM-JJ

Titre

Montant

Téléphone

()

Poste

Titre du projet

Courriel



Cliquer ici pour indiquer d'autre financement reçu antérieurement

1. L'organisme qui fait la demande doit-il des sommes au gouvernement du Canada ?

Oui

Non



Dans la négative, cliquer ici et aller à la section 5

2. Dans l'affirmative, veuillez compléter ce qui suit :

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Téléphone

()

Poste

Nom

Courriel

Titre

Somme dûe

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Téléphone

()

Poste

Nom

Courriel

Titre

Somme dûe

Nom du ministère et du programme de financement

Personne ressource au ministère

M.

Mme

Mlle

Autre

Téléphone

()

Poste

Nom

Courriel

Titre

Somme dûe

1. Autres sources : financières

Le projet bénéficie-t-il d'autres sources de financement pour ses activités ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

a) Nom(s) de la source de financement :

b) Statut de votre demande :



approuvée (joindre une copie de la documentation qui confirme le financement reçu)

ou

en suspens (indiquez ce que vous avez l'intention de faire dans l'éventualité que le financement ne soit pas approuvé)

2. Autres sources : non financières

Est-ce que ce projet bénéficiera d'autres contributions non financières provenant de votre organisme ou de sources différentes ?

Oui

Non

Si oui, précisez :

a) Nom(s) de la source de financement :

b) Statut de votre demande :



approuvée (joindre une copie de la documentation qui confirme la contribution non financière)

ou

en suspens (indiquez ce que vous avez l'intention de faire dans l'éventualité où la contribution non financière n'est pas approuvée)

3. Sommaire d'autres sources

POSTES BUDGÉTAIRES	Financière	Non financière	TOTAL
Personnel			
Déplacements			
Matériaux			
Équipement			
Loyers et services publics			
Évaluation/ Diffusion			
Autre (préciser)			
TOTAL			

4. Budget sommaire total

BUDGET	CONTRIBUTION DU PROGRAMME Exercice financier du 1 ^{er} avril au 31 mars					TOTAL
	Exercice financier 20██-██	Exercice financier 20██-██	Exercice financier 20██-██	Exercice financier 20██-██	Exercice financier 20██-██	
Nombre de mois						
Personnel						
Déplacements						
Matériaux						
Équipement						
Loyers et services publics						
Évaluation/ Diffusion						
Autre (préciser)						
TOTAL demandé						
TOTAL Autres sources (financières)						
TOTAL Autres sources (non financières)						
GRAND TOTAL						

1. Le soussigné, au nom de l'organisme, déclare que :

- l'information fournie dans la demande et les documents sont exacts et complets ;
- aucun fonctionnaire ou titulaire de charge publique assujetti au *Code régissant la conduite des titulaires de charges publiques en ce qui concerne les conflits d'intérêts et l'après-mandat*, au *Code régissant les conflits d'intérêts et l'après-mandat s'appliquant à la fonction publique* et au *Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique* ne peut bénéficier d'un avantage direct de la présente Demande de financement, qu'il s'agisse d'un emploi, de paiements, de cadeaux ou autres, si l'octroi et l'obtention de ces avantages dérogent au Code ;
- cette demande est présentée au nom de l'organisme dont le nom figure à la Section 1 et avec l'approbation de celui-ci.

2. Je reconnais qu'en cas d'approbation de la demande, le financement sera conditionnel à la signature d'un accord écrit entre l'organisme et l'Agence de santé publique du Canada.**4. Agent autorisé par l'organisme**M. Mme Mlle Autre

Nom

Titre ou position tenu au sein de l'organisme

5. Téléphone() Poste **6. Numéro de télécopieur**() **7. Courriel****8. Signature de l'agent autorisé**

Date

AA-MM-JJ



Cliquer ici pour la Section 4

Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	
Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	
Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	



Cliquer ici pour indiquer d'autre financement reçu antérieurement



Cliquer ici pour la Section 4

Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	
Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	
Nom du ministère et du programme de financement	
Personne ressource au ministère M. Mme Mlle Autre <input type="text"/>	Veillez fournir les renseignements suivants Date du début <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Nom	Date de fin <input type="text" value="AA-MM-JJ"/>
Titre	Montant
Téléphone () <input type="text"/> <input type="text"/> Poste <input type="text"/>	Titre du projet
Courriel	