

Programme de subvention en sécurité alimentaire

2021-2024



Demande de financement

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du projet | **Cliquez ici pour taper du texte.** |
| **\*IMPORTANT**  **Avant de remplir ce formulaire de demande de financement, il est fortement recommandé de lire attentivement le *Document d’information 2021-2024* du Programme de subvention en sécurité alimentaire (PSSA). Veuillez noter qu’aucun rappel ou suivi ne sera effectué par le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l’Outaouais auprès de l’organisme répondant ou fiduciaire dans l’éventualité où certains éléments dans la demande de financement seraient incomplets ou auraient été omis.**  **Vérification d’admissibilité des projets**  Comme décrit dans le Guide d’information 2021-2024 du PSSA, des critères d’inclusion et d’exclusion s’appliquent à tous les projets soumis. **Avant de remplir le formulaire** de demande de financement de projet, nous vous recommandons de prendre connaissance de ces critères.  En ce qui concerne précisément les critères d’exclusion (ci-après), veuillez cocher si l’un ou plusieurs de ceux-ci s’appliquent à votre projet. Notez que dans l’éventualité où vous cocherez l’un ou plusieurs de ces critères, il se pourrait que le projet proposé soit non admissible au financement du PSSA. Si vous avez des questions à cet effet, nous vous invitons à communiquer avec madame Aissata Moussa Abba par courriel à l’adresse suivante : [07.PSSA\_DSPU@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07.PSSA_DSPU@ssss.gouv.qc.ca)   |  |  | | --- | --- | | Critères d’exclusion (non-admissibilité) | Cochez (cas échéant) | | Les projets visant principalement le dépannage alimentaire |  | | Les projets visant uniquement à soutenir le fonctionnement d’une concertation |  | | Les projets de campagnes de collecte de fonds |  | | Les projets déjà financés par les autres fonds contribuant au soutien de la sécurité alimentaire comme les mesures 11 et 13.1 du Plan d’action gouvernemental pour l’inclusion économique et la participation sociale (PAGIÉPS), la mesure 3.1 de la Politique gouvernementale en prévention de la santé (PGPS) |  | | Les projets de financement d’immobilisation |  | | L’organisation répondante ou l’organisation fiduciaire est soit une entreprise à but lucratif organisation autre qu’un établissement public, une institution ou un organisme sans but lucratif, constitué depuis au moins de deux ans. |  | | |

| INFORMATION GÉNÉRALE **Formulaire de demande de financement d’un projet** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Titre du projet** | | **Cliquez ici pour taper du texte.** | | | |
| **Organisme répondant** L’organisme répondant est désigné par l’ensemble des partenaires du projet pour être le porte-parole du partenariat auprès du CISSS de l’Outaouais. À noter que l’organisme répondant peut également agir en tant qu’organisme fiduciaire. **IMPORTANT** : **Une déclaration écrite des partenaires du projet désignant l’organisme répondant est requise avec ce formulaire de demande de financement**.  Organisme répondant : Veuillez cocher si une pièce numérisée de la déclaration écrite des partenaires est jointe à la demande : | | | | | |
|  | | | | | |
| **Nom de l’organisme répondant** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Nom de la personne responsable au sein de l’organisme répondant** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Fonction** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Adresse de correspondance de l’organisme répondant**  **(rue, municipalité, code postal)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **No téléphone** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Courriel** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Organisme fiduciaire** (si différent de l’organisme répondant)  L’organisme fiduciaire reçoit et gère l’aide financière accordée. Les versements seront émis à son nom si le projet devait être accepté.  **IMPORTANT : Une déclaration écrite des partenaires du projet désignant l’organisme fiduciaire est requise avec ce formulaire de demande de financement**.  Organisme fiduciaire : Veuillez cocher si une pièce numérisée de la déclaration écrite des partenaires est jointe à la demande : | | | | | |
| **Nom de l’organisme fiduciaire** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Nom de la personne responsable au sein de l’organisme fiduciaire** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Fonction** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Adresse de correspondance de l’organisme fiduciaire  (rue, municipalité, code postal)** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **No téléphone** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **Courriel** | | Cliquez ici pour taper du texte. | | | |
| **IMPORTANT :**  Si l’organisme répondant ou l’organisme fiduciaire est un organisme à but non lucratif, veuillez joindre la copie numérisée de la charte constitutive (lettres patentes d’une personne morale constituée en vertu de la Loi sur les compagnies du Québec).  Organisme répondant : Veuillez cocher si une pièce numérisée est jointe à la demande :  Organisme fiduciaire (cas échéant) : Veuillez cocher si une pièce numérisée est jointe à la demande : | | | | | |
| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT | | | | |
| Veuillez inscrire le nom de tous les partenaires impliqués directement dans votre projet en précisant s’il agit en tant que citoyen ou s’il représente un des organismes ou groupes membres du partenariat. Précisez également le secteur d’activité ainsi que le rôle de chacun dans la mise en œuvre du projet. | | | | |
| **Nom de l’organisme  (si citoyen, indiquez « Citoyen »)** | **Nom du représentant de l’organisme ou nom de la citoyenne et du citoyen** | | **Secteur d’activité (organisme communautaire, scolaire, municipal, petite enfance, santé, citoyen, etc.)** | **Rôle (soutien-conseil, soutien technique, partenaire d’activité, animation, partenaire financier, coordonnateur, etc.)** |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
|  |  | |  |  |
| **Nombre total de partenaires (citoyens, organismes, groupes) rattachés au projet** | | | |  |

Afin de soutenir l’élaboration du projet collectif, il est recommandé d’obtenir un soutien en ressources humaines du CISSS de l’Outaouais. En ce sens, veuillez communiquer avec l’adresse courriel suivante : [07CISSSO.soutiencommunaute.santepublique@ssss.gouv.qc.ca](mailto:07CISSSO.soutiencommunaute.santepublique@ssss.gouv.qc.ca) en prévoyant des délais appropriés pour permettre au CISSS de l’Outaouais de traiter votre requête.

Une déclaration écrite (voir Annexe 1) signée par chacun des partenaires susmentionnés devra accompagner la demande de financement du PSSA.

| INFORMATION SUR VOTRE PARTENARIAT | |
| --- | --- |
| Qu’est-ce qui a amené la création de votre partenariat ou qui a été l’élément déclencheur du projet (ex. : événement dans la communauté, problématiques et besoins communs, initiative individuelle, démarche de mobilisation, intérêt ou demande de la communauté, disponibilités de ressources, etc.)? | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Comment votre partenariat fonctionne-t-il en matière de prise de décision et de participation aux diverses étapes du projet (ex. identification des problématiques et des besoins du milieu, orientations du projet collectif, planification, mise en œuvre, évaluation)? | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | |
| Combien de rencontres ont eu lieu avec les partenaires du projet avant le dépôt de la demande de financement du PSSA? | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Advenant la mise en œuvre du projet, de quelles façons (ex. : mise sur pied d’un comité de partenaires, fréquence et nombre de rencontres, etc.) prévoyez-vous assurer et maintenir la mobilisation des partenaires du projet à chacune des étapes de celui-ci? | |
| Cliquez ici pour taper du texte. | |

| INFORMATION SUR LE PROJET | |
| --- | --- |
| * **Avez-vous réalisé une analyse commune des besoins et des ressources de votre milieu?**   oui  non  **Si oui, décrivez brièvement comment cette analyse commune des besoins a été réalisée.** | |
| **Quand cette analyse a-t-elle été réalisée?** | |
|  | |
| **De quelle manière avez-vous obtenu les informations (par ex. : discussion de groupe, statistique, entretien téléphonique, questionnaire)?** | |
|  | |
| **Qui a participé à la réalisation de cette analyse?** | |
|  | |
| **Quel(s) déterminant(s) social(aux) de la santé sont ciblés? Veuillez cocher toutes les cases qui s’appliquent.** | |
| **Alimentation (incluant la saine alimentation et la sécurité alimentaire)**  **Aménagement du territoire**  **☐ Conditions climatiques**  **☐ Emploi et conditions de travail**  **☐ Filet de sécurité sociale**  **☐ Habitation**  **☐ Habitudes de vie**  **☐ Inclusion ou exclusion sociale** | **Niveau de revenu et statut social**  **Réseaux de soutien social**  **Services de proximité**  **Soutien au développement de la petite enfance et l’éducation**  **Transports**  **Autre (précisez)** |
| * **Description de la problématique dans laquelle s’inscrit le projet**   Décrivez brièvement les principaux résultats de votre analyse du milieu, c’est-à-dire problèmes, besoins et ressources de votre communauté (si possible, veuillez joindre à la demande les documents présentant les résultats de votre analyse). | |
|  | |
| * **But et orientations générales du projet**   Veuillez inscrire le but et les orientations de votre projet | |
|  | |
| * **Groupes de population et communauté(s) visés par le projet**   Indiquez les groupes de population ou communauté(s) visés et décrivez brièvement les raisons pour lesquelles ceux-ci ont été ciblés. | |
|  | |
| * **Expliquez comment vous pensez joindre et impliquer les citoyennes et citoyens de votre communauté, de même que les individus et collectivités visés par votre projet.** | |
|  | |
| * **Expliquez comment le projet permettra aux populations défavorisées de développer leur autonomie alimentaire.** | |
|  | |
| * **Plan d’action incluant les objectifs, activités, résultats attendus, indicateurs, responsables et échéancier du projet (voir modèle ci-dessous)** | |
|  | |
| * **Participation du réseau de la santé et des services sociaux dans le projet**   Comme stipulé dans le guide d’information du PSSA, il est recommandé d’inclure au sein de votre partenariat un représentant et une participation du réseau de la santé et des services sociaux.  Est-ce que votre partenariat inclut une participation d’au moins un représentant du réseau de la santé et des services sociaux?  oui  non  **Si oui, précisez le nom du représentant et son rôle :** | |
|  | |

| **PLAN D’ACTION** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUT DU PROJET** | Cliquez ici pour taper du texte. | | | | |
| **OBJECTIF** | **ACTIVITÉ** | **RÉSULTAT ATTENDU** | **INDICATEUR DE RÉUSSITE** | **ÉCHÉANCIER** | **RESPONSABLE** |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |
| Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. | Cliquez ici pour taper du texte. |

| **Information sur le financement du projet (prévisions budgétaires)** | | | | | |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Contributions en ressources financières, humaines et matérielles du milieu** | | | | | |
| **Nom de l’organisme, de la citoyenne ou du citoyen et cas échéant, nom du fonds ou du programme de financement** | **Confirmée (C) ou  Anticipée (A)** | **Ressources financières** (inscrivez dans cette colonne uniquement les montants des contributions financières.) | **Ressources humaines, par ex., dégagement de ressources humaines  (valeur estimée)** | **Ressources matérielles, par ex., prêt de locaux ou d’équipement  (valeur estimée)** | **Totaux** |
| CISSS de l’Outaouais (Programme de subvention en sécurité alimentaire 2021-2024) |  | **$** |  |  | **$** |
|  |  | $ | $ |  | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
|  |  | $ | $ | $ | $ |
| **Totaux** |  | **$** | **$** | **$** | **$** |
|  | | | | | |
| **Dépenses (description des dépenses et valeurs en service) pour la réalisation du projet** | | | | | |
| **Éléments de dépenses** (veuillez préciser les principaux éléments de dépenses prévues en fonction des objectifs du projet et selon chacune des activités que vous avez déterminées.) | | **Dépenses en argent**  (inscrivez dans cette colonne uniquement les dépenses monétaires rattachées au projet.) | **Dépenses en ressources humaines  (valeur estimée)** | **Dépenses en ressources matérielles  (valeur estimée)** | **Totaux** |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
|  | | $ | $ | $ | $ |
| **Totaux** | | **$** | **$** | **$** | **$** |

|  |  |
| --- | --- |
| **IMPORTANT** | |
| **Rappel des documents nécessaires pour la présente demande à joindre lors de l’envoi par courrier électronique** | **Formulaire dûment rempli**  **Copie de la charte (lettres patentes) pour l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire**  **Déclaration écrite par les partenaires désignant l’organisme répondant et l’organisme fiduciaire pour le projet proposé** |
| **Veuillez retourner ce formulaire et les documents en format numérique**  **à l’adresse suivante :**  [**07.PSSA\_DSPU@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:07.PSSA_DSPU@ssss.gouv.qc.ca)  **Personnes-ressources au CISSS de l’Outaouais** :  **Aissata Moussa Abba :** [**07.PSSA\_DSPU@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:07.PSSA_DSPU@ssss.gouv.qc.ca)  **Francine Perrault :** [**07.PSSA\_DSPU@ssss.gouv.qc.ca**](mailto:07.PSSA_DSPU@ssss.gouv.qc.ca) **ou 819 966-6484, poste 337486** | |
| |  | | --- | | **DATE LIMITE :**  **15 janvier 2021** | | |
| **Un accusé de réception sera acheminé à l’organisme répondant par courrier électronique dans la semaine suivant le dépôt de la demande d’aide financière.**  **La réponse à la demande d’aide financière devrait être envoyée à l’organisme répondant par courrier électronique au mois de mars 2021.** | |

**ANNEXE**

**Programme de subvention en sécurité alimentaire**

**Modèle de déclaration écrite désignant l’organisation répondante et l’organisme fiduciaire du projet soumis au Programme de subvention en sécurité alimentaire**

Nous, partenaires du projet « *inscrire ici le nom du projet collectif*», reconnaissons que l’organisation *inscrire ici le nom de l’organisation répondante ou de l’organisation fiduciaire* agira comme organisation *inscrire ici soit* répondante *ou* fiduciaire *ou les deux, c.-à-d.,* organisation répondante et fiduciaire pour le projet susmentionné tel que soumis au Programme de subvention en sécurité alimentaire (PSSA). Nous reconnaissons aussi avoir pris connaissance de la demande de financement soumise au Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de l’Outaouais dans le cadre du PSSA.

Advenant l’acceptation du projet par le CISSS de l’Outaouais, nous consentons que l’organisation répondante et (ou) fiduciaire agisse comme porte-parole du projet et signataire de l’entente liée à la subvention reçue dans le cadre du PSSA. Nous reconnaissons également que l’organisation répondante partagera et validera le rapport de réalisation de projet (incluant le bilan financier annuel) avec nous avant son dépôt au CISSS de l’Outaouais.

**Nom et signature des partenaires du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |
| Nom du partenaire (organisme ou citoyen) | Nom et signature du représentant du partenaire |

**Nom et signature du représentant de l’organisation répondante et (ou) fiduciaire**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisation répondante du projet | Nom du représentant de l’organisation |
| Nom de l’organisation fiduciaire (si différent) | Nom du représentant de l’organisation |