

DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

PROJET DE MOBILISATION COMMUNAUTAIRE



CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD/MANICOUAGAN
858, rue de Puyjalon, bureau 301
Baie-Comeau (Québec) G5C 1N1

**FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE
PROJET MOBILISATION COMMUNAUTAIRE**

1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Nom de l'organisme :			
Adresse postale :			Code postal :
@ courriel :		site Internet :	

Responsable de la demande :	Tél. :	Fax :
-----------------------------	--------	-------

Numéro d'organisme de charité (Revenu Canada) (NE)	RR0001
--	--------

CONSEIL D'ADMINISTRATION (Inscrire la liste complète des membres de votre CA)		
Nom	Fonction au sein du Conseil	Lieu de résidence
	Nombre total des membres du CA :	Postes vacants :

Mentionner le nombre de réunions du Conseil d'administration tenues au cours de votre dernier exercice financier complété :	
---	--

NOMBRE de mois d'opération (annuel) : Préciser le nombre de mois pour la dernière année civile				
0-3 mois <input type="checkbox"/>	4-6 mois <input type="checkbox"/>	7-9 mois <input type="checkbox"/>	10-12 mois <input type="checkbox"/>	

DATE DE LA FIN DU DERNIER EXERCICE FINANCIER COMPLÉTÉ	
---	--



2. IDENTIFICATION DES ORGANISMES ASSOCIÉS POUR LE PROJET

2.1)

Nom de l'organisme :		
Adresse postale :		
		Code postal :
@ courriel :	site Internet :	

Responsable de la demande :	Tél. :	Fax :
-----------------------------	--------	-------

Numéro d'organisme de charité (Revenu Canada) (NE)	RR0001
--	--------

2.2)

Nom de l'organisme :		
Adresse postale :		
		Code postal :
@ courriel :	site Internet :	

Responsable de la demande :	Tél. :	Fax :
-----------------------------	--------	-------

Numéro d'organisme de charité (Revenu Canada) (NE)	RR0001
--	--------

2.3)

Nom de l'organisme :		
Adresse postale :		
		Code postal :
@ courriel :	site Internet :	

Responsable de la demande :	Tél. :	Fax :
-----------------------------	--------	-------

Numéro d'organisme de charité (Revenu Canada) (NE)	RR0001
--	--------

3. TYPES DE MOBILISATION

- Mobilisation concertée déjà active
- Mobilisation concertée nouvelle
- Mobilisation par la formation



4. DESCRIPTION DÉTAILLÉE DU PROJET

Description du projet incluant les objectifs poursuivis – En quoi votre projet sera mobilisateur?

Description de la problématique touchée

Personnes qui profiteront du projet

Nombre :

Description des résultats escomptés – Quelles sont les retombées de cette mobilisation?

5. ÉCHÉANCIER DU PROJET



6. RESSOURCES HUMAINES AFFECTÉES AU PROJET

Fonction dans le projet	Nombre de personnes	Total des salaires incluant les avantages sociaux	Payé par le projet	Total d'heures pour le projet
Direction et coordination				
Secrétariat				
Soutien				
Bénévoles				
Autres fonctions (Spécifier)				
Total :				

7. BUDGET DU PROJET, INCLUANT UNE VENTILATION DES COÛTS ET LA LISTE DES PARTENAIRES FINANCIERS POUR LE PROJET

Revenus		Dépenses	
A. PARTENAIRES FINANCIERS		A. CHARGES SALARIALES	
		Salaires	
		Avantages sociaux	
		B. FRAIS VARIABLES DU PROJET	
		Téléphone/ Timbres	
Total des partenaires financiers		Nourriture	
B. CENTRAIDE		Équipement et entretien	
C. REVENU D'OPÉRATION		Activités diverses	
Membres		Fournitures de bureau	
Autofinancement		Frais de déplacement (usagers, personnels)	
Total des revenus d'opération		C. FRAIS DIVERS	
D. AUTRES REVENUS (ex. dividendes, intérêts, autres)		Frais de banque/intérêts	
		Honoraires professionnels	
		Autres _____	
TOTAL		TOTAL	

POUR LES PROJETS DE MOBILISATION CONCERTÉE DÉJÀ ACTIVE, 10% DES COÛTS ADMISSIBLES DOIVENT ÊTRE ASSUMÉS PAR D'AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT.



8. QUEL MONTANT D'AIDE FINANCIÈRE DEMANDEZ-VOUS À CENTRAIDE?

--

10. COMMENT COMPTEZ-VOUS AUGMENTER LE CAPITAL SOCIAL ET HUMAIN DES COLLECTIVITÉS?

--

Rempli par	Fonction au sein de l'organisme	Téléphone
		(418)



ATTESTATION DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

NOM DE L'ORGANISME : _____

Nous, soussignés, certifions que toute l'information fournie dans la présente demande d'aide financière est conforme à la réalité de notre organisme et a été approuvée par notre conseil d'administration lors d'une réunion tenue le _____.

Nous certifions également que, au moment du dépôt de sa demande, notre organisme (cocher) :

- Respecte les exigences de production de son rapport annuel à l'Inspecteur général des Institutions financières du Québec (déclaration de personne morale).
- Respecte les exigences de production de son rapport annuel à l'Agence des douanes et du revenu du Canada (T3010).
- Est en règle avec l'Agence des douanes et du revenu du Canada et le Ministère du Québec quant au paiement des déductions à la source pour le personnel salarié.

Conformément à une résolution approuvée par le conseil d'administration, proposée par _____ et appuyée par _____ une demande d'aide financière spéciale au montant de _____ \$ est présentée à Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan. Ce montant correspond à celui ou à ceux indiqués à la Section IV REVENUS ET DÉPENSES.

Nous autorisons Centraide à recueillir et à transmettre les informations sur le contenu de la demande et à rendre public les montants accordés.

Faite et signée à _____
Ville

_____ Date

PRÉSIDENT(E)

SECRÉTAIRE

Nom en caractère d'imprimerie

Nom en caractère d'imprimerie

Signature

Signature

