Financement non récurrent 2024-2025 pour la mise en œuvre de l’axe 1 - Promotion de la santé mentale et prévention des troubles mentaux découlant du Plan d'action interministériel en santé-mentale 2022-2026.

Formulaire d’appel de projets ̶ à retourner au plus tard le **24 mai 2024 à minuit** à christine.rousseau.cissslau@ssss.gouv.qc.ca. Pour toute question entourant la présente démarche, veuillez communiquer avec Christine Rousseau, répondante régionale pour le Réseau d’éclaireurs en santé psychologique du CISSS des Laurentides (450-820-4399 ou par courriel). Les renseignements ci-dessous seront recueillis pour tous les projets financés.

Tout organisme soumissionnaire dans le cadre du présent appel de projets est réputé avoir pris connaissance du document *Protocole d’entente* et consentir à l’ensemble des clauses s’y rattachant.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Identification DU RESPONsABLE** | | |
| **Personne initiatrice de la demande** *(Personne autorisée à signer l’entente particulière)* | Prénom, Nom |  |
| Fonction |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| **Nom et mission de l’organisme (si applicable)** |  | |
| **Lieu du projet**  *(Indiquer l’adresse complète)* |  | |
| 1. **IDENTIFICATION DU PROJET** | | |
| **Titre du projet** |  | |
| **Projet concerté ou individuel** |  | |
| 1. **DESCRIPTION DU PROJET** | | |
| **Description du projet :** | | |
|  | | |
| **Veuillez préciser les objectifs qui sont visés par le projet :** | | |
|  | | |
| **Veuillez détailler l’ensemble des activités qui seront réalisées dans le cadre du projet** | | |
|  | | |
| **Clientèle(s) visée(s) par le projet :** | | |
|  | | |
| **Nombre de personnes qui seront rejointes par le projet :** | | |
|  | | |
| **Veuillez indiquer les retombées positives du projet sur la clientèle visée ainsi que les résultats prévus (qualitatif & quantitatif)** | | |
|  | | |
| **Préciser la période visée par le projet (date de début et de fin) :** | | |
|  | | |
| **Indiquer les défis ou les enjeux anticipés lors de la mise en place du projet** | | |
|  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES** | |
|  | **Soutien financier demandé dans le cadre de l’appel de projets** |
| **Ressources humaines** |  |
| **Ressources matérielles** |  |
| **Autres frais** |  |
| **Sous-total** |  |
| **\*Frais de gestion (maximum 10 %)** |  |
| **Total** |  |

\*Un maximum de 10 % du soutien financier demandé peut être alloué aux frais de gestion du projet.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉCLARATION ET ENGAGEMENT de la personne déposant la proposition de projet** | | | | | | |
| **Je certifie que les renseignements contenus dans cette proposition ainsi que tous les documents qui s’y rattachent sont véridiques. De plus, j’ai lu et j’accepte toutes les clauses du protocole d’entente ainsi que tous les documents qui y sont annexés.** | | | | | | |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  | Signature du responsable du projet |  | Nom (lettres moulées) |  | Date |  |
|  | | | | | | |