Financement non récurrent 2024-2025 pour la mise en œuvre des orientations en jeu pathologique découlant du *Plan d’action interministériel en dépendance 2018-2028*.

Formulaire d’appel de projets ̶ à retourner au plus tard le **1er mai 2024 à 23 :59** à [william.provost.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:william.provost.cissslau@ssss.gouv.qc.ca). Pour toute question entourant la présente démarche, veuillez communiquer avec William Provost, agent de planification, de programmation et de recherche du CISSS des Laurentides ([william.provost.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:william.provost.cissslau@ssss.gouv.qc.ca)). 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 DE L’ORGANISME** | | | | |
| **Nom de l’organisme** |  | | | |
| **Mission de l’organisme** |  | | | |
| **Adresse** |  | | | |
| **Ville** |  | | **Code postal** |  |
| **Téléphone** |  | | **Poste** |  |
| **Lieu du projet s’il diffère de l’adresse de l’organisme chargé du projet**  *(Indiquer l’adresse complète)* |  | | | |
| **Personne autorisée à signer l’entente particulière** | Nom : |  | | |
| Adresse courriel : |  | | |
| 1. **IDENTIFICATION DU PROJET** | | | | |
| **Titre du projet** |  | | | |
| **Projet concerté ou individuel** |  | | | |
| **Orientations (cocher)** | | | | |
| ***Orientation 1*** *: Le développement des capacités des personnes à faire des choix éclairés en matière de jeux de hasard et d’argent et à en gérer les risques;*  ***Orientation 2*** *: La création d’environnements favorables à une saine gestion de la pratique de jeux de hasard et d’argent et à la réduction des méfaits associés;*  ***Orientation 4*** *: Une offre de services accessibles, de qualité et continus aux jeunes et aux adultes qui présentent des comportements à risque, qui répondent aux critères d’un trouble lié aux jeux de hasard et d’argent;*  ***Orientation 5*** *: L’innovation, le développement et le transfert des connaissances relatives à la pratique des jeux de hasard et d’argent et aux phénomènes qui y sont associés;*  ***Orientation 6*** *: Le développement et le soutien de l’expertise clinique des intervenants qui travaillent auprès des personnes qui présentent des comportements à risque ou qui répondent aux critères d’un trouble lié aux jeux de hasard et d’argent ;*  ***Orientation 7*** *: La prévention, la réduction et le traitement des conséquences liées à la pratique de jeux de hasard et d’argent de manière à respecter les réalités des communautés des Premières Nations et des Inuits.* | | | | |
| 1. **DESCRIPTION DU PROJET** | | | | |
| **Description sommaire du projet :** | | | | |
|  | | | | |
| **DESCRIPTION DU PROJET (suite)** | | | | |
| **Veuillez préciser les objectifs qui sont visés par le projet :** | | | | |
|  | | | | |
| **Veuillez détailler l’ensemble des activités qui seront réalisées dans le cadre du projet tout en précisant leur pertinence clinique en fonction des meilleures pratiques et des données probantes :** | | | | |
|  | | | | |
| **3 DESCRIPTION DU PROJET (suite)** | | | | |
| **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) :** | | | | |
|  | | | | |
| **Détailler le calendrier des activités** : | | | | |
|  | | | | |
| **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** | **Sources de financement en provenance du CISSS des Laurentides pour le projet déposé** | **Autres sources de financement externes au CISSS des Laurentides pour le projet déposé** | **TOTAL** |
| **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 l’organisme déposant la proposition** | | | | | | |
| **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 de l’organisme |  | Nom (lettres moulées) |  | Date |  |
|  | | | | | | |