|  |  |
| --- | --- |
|  | **Formulaire de demande**  |



**Programme de soutien financier d’urgence COVID-19 pour les centres de pédiatrie sociale en communauté reconnus dans le cadre du partenariat entre le gouvernement du Québec et la Fondation Dr Julien**

| **RENSEIGNEMENTS IMPORTANTS**  |
| --- |
| Le financement offert représente un maximum de 75 % des pertes nettes de revenus et des dépenses engagées non remboursables.Les activités admissibles sont celles qui auraient dû avoir lieu dans la période du 13 mars 2020 au 30 novembre 2020.Bien que le singulier soit utilisé, vous pouvez présenter plus d’une activité par demande. Aussi, si vous présentez plus de deux activités, veuillez dupliquer la page 2.Pour chacune des activités présentées, veuillez remplir le formulaire « Annexe – Revenus et dépenses de chaque activité ».Le dossier doit comprendre les documents suivants : * Pour toutes les demandes :

[ ]  le formulaire de demande d’aide financière;[ ]  le formulaire « Annexe - Revenus et dépenses de chaque activité »;[ ]  une résolution du conseil d’administration (CA) appuyant la demande, dûment signée par un membre du CA et désignant le signataire d’une éventuelle convention d’aide financière;[ ]  le rapport d’activités du dernier exercice financier terminé;[ ]  le rapport financier du dernier exercice financier terminé;[ ]  tout autre document auquel le centre de pédiatrie sociale en communauté (CPSC) fait référence dans le formulaire ou qu’il juge pertinent.* Pour les demandes présentant des pertes nettes de revenus liées à l’annulation d’une activité de financement ayant un historique :

[ ]  le dernier rapport financier de l’activité d’autofinancement annulée démontrant l’historique de réalisation de l’activité et ses revenus antérieurs;[ ]  tous les documents permettant de démontrer la planification de l’activité d’autofinancement annulée (prévisions budgétaires, plan d’action, rapport d’activités ou rapport financier de l’année précédente, résolution du CA, etc.).* Pour les demandes présentant des dépenses pour couvrir des frais non remboursables :

[ ]  les preuves des frais engagés et non remboursables liés à la tenue de l’activité d’autofinancement annulée (contrat, facture, dépôt, etc.);[ ]  les ententes avec des partenaires (organismes, fournisseurs, commanditaires, etc.), le cas échéant. |

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS SUR L’ORGANISME** |
| Nom du centre de pédiatrie sociale en communauté :       |
| Adresse complète de l’organisme:       |
| Personne à contacter :       |
| Adresse courriel :       |
| Téléphone (si différent) :       |

|  |
| --- |
| **Nombre d’activités annulées présentées dans cette demande :** |

| **PRÉSENTATION DE L’ACTIVITÉ D’AUTOFINANCEMENT ANNULÉE NUMÉRO**       |
| --- |
| Veuillez décrire brièvement l’activité prévue qui a été annulée (ex. : campagne annuelle, activité récurrente, nouvelle activité planifiée).     Date prévue de l’activité :      Dernière date de la tenue de cette activité :     Depuis quand votre organisme réalise-t-il cette activité?       Expliquez les raisons qui vous ont amenés à annuler l’activité :       |

| **PRÉSENTATION DE L’ACTIVITÉ D’AUTOFINANCEMENT ANNULÉE NUMÉRO**       |
| --- |
| Avez-vous modifié la nature de votre activité de financement et ainsi pu la tenir au plus tard le 30 novembre 2020 (ex. : campagne en ligne ou par téléphone, encan virtuel)?Oui [ ]  Non [ ]  Si oui, quand?      Si oui, inscrivez le montant recueilli :       $Veuillez remplir le formulaire « Annexe – Revenus et dépenses de chaque activité » et indiquer le montant demandé pour cette activité :  $Avez-vous obtenu une aide financière provenant de ministères, d’organismes et de sociétés d’État des gouvernements du Québec et du Canada ou d’entités municipales pour compenser les pertes de revenus liées à l’annulation de cette activité ou les sommes engagées qui ne peuvent être remboursées?Oui [ ]  Non [ ] Si oui, inscrivez le ou les bailleurs de fonds :       Inscrivez le montant recueilli :       $ |

| **Autres informations** |
| --- |
| Décrivez brièvement les effets de la pandémie de COVID-19 sur votre organisme.*Si possible, veuillez expliquer l’incidence de la pandémie et ses effets, par exemple sur vos activités, vos revenus et dépenses, la fermeture de l’organisme, la modification de la charge de travail, la mise à pied d’employés, l’adaptation des services (maximum de 10 lignes).*      |

|  |
| --- |
| **commentaires ou autres informations que vous SOUHAITEZ transmettre** |
|       |

|  |
| --- |
| **SIGNATURE** |
|

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom : |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Titre : |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Signature : |  | Date : |  |

 Veuillez envoyer par courriel le formulaire dûment rempli et les documents à joindre au plus tard le 21 janvier 2021. Seuls les documents déposés dans les délais indiqués seront analysés. Vous devez soumettre vos propositions à cette adresse soutien.urgence.cpsc@mfa.gouv.qc.ca en inscrivant votre nom de CPSC dans l’objet de votre message. Pour être admissible, votre demande devra être complète et accompagnée de tous les documents requis.Pour toute question concernant le Programme, veuillez communiquer par courriel à  soutien.urgence.cpsc@mfa.gouv.qc.ca en inscrivant votre nom de CPSC dans l’objet de votre message. |