

# Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé du Canada

## Formulaire de demande

### Table des matières

Remplir le formulaire de demande .....	2
Survol.....	2
Processus de soumission.....	2
Avis de confidentialité.....	3
1. Renseignements sur la proposition et le demandeur .....	4
1.1. Renseignements sur la proposition.....	4
1.2. Renseignements sur le demandeur.....	4
1.3. Coordonnées .....	5
2. Capacité organisationnelle .....	6
2.1. Historique et expérience .....	6
2.2. Historique de financement fédéral .....	7
2.3. Engagement à lutter contre le racisme et la discrimination systémiques.....	8
3. Détails de la proposition.....	9
3.1. Description du projet.....	9
3.2. Objectif(s) et résultat(s) escompté(s).....	10
3.3. Secteurs de financement et candidats prioritaires .....	11
3.4. Portée et groupes cibles.....	11
3.5. Activités du projet .....	14
3.6. Approche fondée sur des données probantes.....	15
3.7. Savoir local et autochtone.....	16
3.8. Exigences relatives aux langues officielles .....	16
3.9. Durabilité.....	17
4. Partenariat et collaboration .....	18
4.1. Partenariats .....	18
4.2. Collaborateurs .....	19
4.3. Autres sources de financement.....	19
5. Mesure du rendement.....	21
5.1. Résultats du projet .....	21
5.2. Mesure et évaluation .....	22
5.3. Mobilisation des connaissances .....	23
6. Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus .....	24
6.1. Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus (ACSG+).....	24
7. Plan de travail .....	25
8. Budget et explication .....	27
9. Déclarations .....	29

## Remplir le formulaire de demande

### Survol

Veillez consulter la page Web du Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé et au **Guide de présentation des demandes** pour des instructions détaillées sur l'admissibilité et la manière de remplir ce formulaire de demande.

Le présent document se compose des sections suivantes :

[Remplir le formulaire de demande](#)

[Section 1 – Renseignements sur la proposition et le demandeur](#)

[Section 2 – Capacité organisationnelle](#)

[Section 3 – Détails de la proposition](#)

[Section 4 – Partenariats et collaborations](#)

[Section 5 – Mesure du rendement](#)

[Section 6 – Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus](#)

[Section 7 – Plan de travail](#)

[Section 8 – Budget et explication](#)

[Section 9 – Déclarations](#)

Les champs de description de ce formulaire sont limités uniquement par le nombre de caractères spécifiés dans chaque champ. La limite de caractères pour chaque question est précisée ci-dessous. Toute information fournie qui dépasse les limites de caractères peut ne pas être prise en considération dans l'évaluation de la proposition.

**Tous les champs marqués d'un astérisque \* sont obligatoires.**

Les champs obligatoires qui ne sont pas remplis donneront lieu à un message d'erreur lorsque vous essaierez de soumettre votre demande en appuyant sur le bouton « Soumettre ». Les demandes incomplètes pourraient ne pas être retenues aux fins d'examen approfondi.

### Processus de soumission

Ce formulaire PDF est destiné à être rempli et soumis par courriel à l'aide d'un ordinateur. Veuillez ne pas l'imprimer, le remplir et l'envoyer par d'autres moyens. Si vous avez besoin de mesures d'adaptation, veuillez communiquer avec le Programme ([ard.ard@hc-sc.gc.ca](mailto:ard.ard@hc-sc.gc.ca)) le plus tôt possible. Les demandes incomplètes pourraient ne pas être retenues aux fins d'examen approfondi.

Après avoir rempli tous les champs obligatoires, cliquez sur le bouton « Soumettre la demande ». Votre messagerie électronique (p. ex. Outlook) s'ouvrira et contiendra une copie de votre formulaire de demande rempli. Vous pouvez ensuite joindre les annexes requises (documents de constitution, lettres de partenariat, etc.) et envoyer le dossier de demande à l'adresse suivante : [ard.ard@hc-sc.gc.ca](mailto:ard.ard@hc-sc.gc.ca)

### **Avis de confidentialité**

Les renseignements personnels que vous fournissez à Santé Canada seront utilisés dans le cadre du Programme sur les systèmes de santé aux termes de l'article 4 de la [Loi sur le ministère de la Santé](#) et traités conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels*.

### **Pourquoi recueillons-nous vos informations personnelles?**

Nous recueillons vos renseignements personnels afin de vous identifier de manière unique en tant que demandeur responsable de la présentation de cette demande de financement au Programme de lutte contre le racisme et la discrimination dans les systèmes de santé.

### **Utiliserons-nous ou communiquerons-nous vos renseignements personnels pour toute autre raison?**

Nous utiliserons vos renseignements personnels pour communiquer avec vous. Avec votre consentement, nous pourrions partager votre demande et les documents connexes avec d'autres ministères et organismes fédéraux afin d'explorer d'autres possibilités de financement au cas où Santé Canada ne serait pas en mesure de financer votre proposition. Les renseignements contenus dans la demande de financement sont accessibles en vertu des dispositions de la [Loi sur l'accès à l'information](#).

### **Qu'arrive-t-il si vous refusez de fournir vos renseignements personnels?**

Si vous ne souhaitez pas fournir vos renseignements personnels, votre demande pourrait ne pas être retenue aux fins d'examen approfondi.

### **Quels sont vos droits?**

Vous avez le droit d'accéder à vos renseignements personnels et de demander à ce qu'une correction ou une annotation y soit faite. Vous avez aussi le droit de déposer une plainte auprès du commissaire à la protection de la vie privée du Canada si vous estimez que vos renseignements personnels n'ont pas été utilisés correctement. Pour en savoir plus sur vos droits ou sur la façon dont nous gérons vos renseignements personnels, veuillez communiquer avec le Programme à l'adresse suivante [ard.ard@hc-sc.gc.ca](mailto:ard.ard@hc-sc.gc.ca).

**Pour plus de renseignements :** Le processus de collecte de vos renseignements personnels est décrit sur le site Web d'Info Source, à l'adresse [www.infosource.gc.ca](http://www.infosource.gc.ca). Consulter la catégorie de documents – Priorités du système de santé, numéro de dossier : HC CHS 005.

## 1. Renseignements sur la proposition et le demandeur

### 1.1. Renseignements sur la proposition

Titre de la proposition : *			
Date de début prévue : *		Date de fin prévue : *	
Durée proposée du projet ou de l'initiative en mois : *		Financement total demandé : *	\$

### 1.2. Renseignements sur le demandeur

Dénomination sociale complète de l'organisme demandeur : *			
Dénomination commerciale (si différente de la dénomination sociale) :			
Adresse postale : *			
Ville : *		Province : *	Code postal : *
Site Web :			
Préférence linguistique pour la correspondance : *	Anglais	Français	

Portée de l'organisme : *	Locale	Régionale
	Provinciale ou territoriale	Nationale ou pancanadienne
Nom de la personne ayant le pouvoir légal de conclure une entente avec Santé Canada (signataire pour le compte de l'organisme) : *		
Titre du représentant autorisé : *		
Téléphone : *	Ext	Courriel : *

Type d'organisme : *	Provincial ou territorial Gouvernement ou agence, y compris les autorités sanitaires et les organismes de réglementation Veuillez préciser :	Gouvernement municipal et leurs agences Veuillez préciser :
	Gouvernement autochtone Veuillez préciser :	Organisme autochtone Veuillez préciser :
	Fournisseur ou association du domaine de la santé Veuillez préciser :	Établissement d'enseignement ou université Veuillez préciser :
	Organisme constitué en personne morale sans but lucratif Veuillez préciser :	

Date de constitution en personne morale ou d'enregistrement à titre d'organisme sans but lucratif (le cas échéant) :	
Numéro de constitution en personne morale ou d'enregistrement ou numéro de bande (le cas échéant) :	
Numéro d'entreprise de l'Agence du revenu du Canada (NE) : ( <a href="https://www.canada.ca/fr/services/impots/numero-dentreprise.html">https://www.canada.ca/fr/services/impots/numero-dentreprise.html</a> )	
Veillez fournir un hyperlien donnant accès aux documents attestant le statut juridique du demandeur pour les organismes sans but lucratif (p. ex. statuts constitutifs, numéros des règlements administratifs) et/ou joindre les documents :	

### 1.3. Coordonnées

Nom et titre de la personne-ressource proposée (si différente de celle indiquée ci-dessus) :	
Adresse postale de la personne-ressource proposée :	
Téléphone :	Courriel :

## 2. Capacité organisationnelle

### 2.1. Historique et expérience

Fournissez un bref historique de l'organisation, y compris son mandat et ses principales activités (**jusqu'à 1 000 caractères**). \*

Décrivez pourquoi votre organisation est la mieux placée pour entreprendre ce projet. Fournissez des informations sur les compétences pertinentes de votre organisation, ses intérêts, son expérience en la matière et la ou les populations cibles, sa capacité financière et/ou en ressources humaines. (**jusqu'à 2 000 caractères**). \*

Décrivez l'expertise et l'expérience des principales personnes participant au projet, y compris la façon dont les points de vue des personnes ayant vécu ou vivant une expérience concrète seront intégrés au projet (**jusqu'à 2 000 caractères**). \*

Une copie de la vérification ou des états financiers les plus récents est-elle disponible à Santé Canada sur demande? *	Oui	Non
---	-----	-----

**2.2 Historique de financement fédéral**

Votre organisation a-t-elle reçu des fonds du gouvernement du Canada au cours des cinq (5) dernières années? Si oui, veuillez fournir des détails ci-dessous. *		Oui	Non
Source (agence ou ministère fédéral)	Titre du projet	Montant	Exercices financiers
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Votre organisation doit-elle actuellement de l'argent au gouvernement fédéral? *	Oui	Non
Si oui, veuillez fournir une explication :		

**2.3 Engagement à lutter contre le racisme et la discrimination systémiques**

Votre organisation s'est-elle engagée officiellement à lutter contre le racisme ou la discrimination systémiques ou à éliminer les obstacles à un accès sûr et équitable? *	Oui	Non
---	-----	-----

Veuillez décrire le ou les engagements pris et inclure un lien vers ces derniers ci-dessous. Si votre organisme n'a pas pris d'engagement public, veuillez expliquer pourquoi. Fournissez des détails sur les travaux réalisés par votre organisme pour lutter contre le racisme et la discrimination systémiques ou éliminer les obstacles à l'accès équitable. **(jusqu'à 1 000 caractères)**. \*

Lien vers le ou les engagements



### 3. Détails de la proposition

#### 3.1. Description du projet

Fournissez un résumé du projet proposé (jusqu'à 4 000 caractères). \*

**3.2. Objectif(s) et résultat(s) escompté(s)**

Décrivez comment le projet proposé et ses activités correspondent **aux objectifs et aux résultats attendus** du programme (**jusqu'à 2 000 caractères**). \*

**3.3 Secteurs de financement et candidats prioritaires**

S'il y a lieu, décrire comment le projet proposé s'harmonise avec un ou des secteurs de financement prioritaires ou est présenté par un demandeur prioritaire (**jusqu'à 2 000 caractères**).

**3.4 Portée et groupes cibles**

Décrire l'emplacement géographique et le contexte dans lequel les activités du projet proposé seront réalisées, notamment le nombre de sites, de villes ou de provinces ou territoires dans lesquels le projet sera mis en œuvre (**jusqu'à 1 000 caractères**). \*

Définissez les groupes ciblés et les autres bénéficiaires. <b>Cochez toutes les cases qui s'appliquent.</b> *	
Autochtones	
Premières Nations	
Inuit	
Métis	
Autre (veuillez préciser	)
Minorités visibles (veuillez préciser :	)
Personnes en situation de handicap (veuillez préciser :	)
Personnes et communautés 2ELGBTQQIA+ (veuillez préciser :	)
Nouveaux arrivants, immigrants, réfugiés, non-statutaires (préciser :	)
Hommes	
Femmes	
Aînés	
Enfants, jeunes	
Faible revenu	
Communautés rurales et éloignées	
Communautés du nord	
Communautés urbaines	
Communautés de langue officielle en situation minoritaire	
Autre (veuillez préciser :	)
Sans objet (veuillez expliquer :	)

Indiquez la ou les langues officielles des groupes cibles. <b>Sélectionnez toutes les réponses applicables.</b> *	
Anglais	
Français	
Autre (veuillez préciser :	)

Indiquez la ou les tranches d'âge des groupes cibles. <b>Sélectionnez toutes les réponses applicables.</b> *	
Moins de 12 ans	
12 à 24 ans	
25 à 34 ans	
35 à 44 ans	
45 à 54 ans	
55 à 64 ans	
65 à 74 ans	
75 ans et plus	

Indiquez le nombre total prévu de participants à atteindre ( <b>indiquez uniquement le nombre – jusqu'à 7 caractères</b> ). *	

S'il y a lieu, fournissez des renseignements supplémentaires pour décrire le groupe visé et les autres bénéficiaires (1 000 caractères).

### **3.5 Activités du projet**

Décrivez les activités du projet proposé, notamment les produits, les ressources et les possibilités d'apprentissage qui découleront du projet (**jusqu'à 3 000 caractères**). \*

**3.6 Approche fondée sur des données probantes**

Décrivez la nature du problème que le projet vise à résoudre et à fournir, les preuves de la nécessité de résoudre le problème et les preuves de l'approche choisie (ou la justification d'une approche innovante). Indiquez en outre comment le projet complète d'autres efforts dans ce domaine (**jusqu'à 4 000 caractères**). \*

**3.7 Savoir local et autochtone**

Décrivez comment le projet prend en compte les systèmes de connaissances locales et autochtones pratiqués par les dirigeants culturels et les communautés (**jusqu'à 2 000 caractères**). \*

**3.8 Exigences relatives aux langues officielles**

Les activités du projet seront-elles disponibles en français et en anglais? *	Oui	Non
Expliquez pourquoi ou pourquoi pas ( <b>jusqu'à 500 caractères</b> ). *		



### **3.9 Durabilité**

Décrivez la durabilité du projet après la fin du financement de Santé Canada. Si le projet proposé, en tout ou en partie, n'est pas conçu pour être durable, fournissez une explication (**jusqu'à 1 000 caractères**). \*

## 4. Partenariat et collaboration

### 4.1. Partenariats

Le projet comportera-t-il des partenariats? *  Remarque : pour les projets axés sur les peuples autochtones, les demandeurs non autochtones doivent toujours s’associer à des communautés ou organisations autochtones. Des lettres de partenaires autochtones confirmant ces partenariats sont toujours requises.	Oui	Non
--	-----	-----

Nom de la communauté ou de l’organisme	Description du partenariat (rôles et responsabilités) (jusqu’à 500 caractères chacun)

Si nécessaire, veuillez fournir des renseignements supplémentaires sur les partenariats, leurs rôles et responsabilités et la justification du partenariat (**jusqu’à 500 caractères**).

**4.2. Collaborateurs**

Le projet nécessitera-t-il des collaborateurs? *		Oui	Non	
Si oui, indiquez et décrivez comment les collaborateurs participeront au projet proposé et à quelles étapes.				
Nom du collaborateur	Description de la collaboration (rôles et responsabilités) (jusqu'à 500 caractères chacun)	Conception Étape	Étape de la mise en œuvre	Étape du suivi

Si nécessaire, veuillez fournir des renseignements supplémentaires sur les collaborateurs, leurs rôles et responsabilités, et la raison de cette collaboration (jusqu'à 500 caractères).

**4.3. Autres sources de financement**

Énumérez les autres sources de financement confirmées ou prévues (contributions en espèces et en nature) pour le projet.

Source de la contribution	Montant	Espèces	Nature	Prévue ou confirmée
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			
	\$			

Décrivez les sources de financement supplémentaires, si nécessaire (**jusqu'à 500 caractères**).

## 5. Mesure du rendement

### 5.1 Résultats du projet

Décrivez les résultats escomptés du projet (**jusqu'à 2000 caractères**). \*

La pandémie de COVID-19 et les mesures de santé publique qui y sont liées pourraient-elles avoir une incidence sur l'élaboration, la mise en œuvre ou l'évaluation d'un projet? \*

Oui

Non

Veuillez décrire les raisons de ce choix et les stratégies d'atténuation qui seront mises en place. (**Jusqu'à 500 caractères**)

## 5.2 Mesure et évaluation

Décrivez comment les progrès seront suivis et mesurés. N'oubliez pas d'indiquer les renseignements sur les indicateurs et les méthodes de collecte de données. (Jusqu'à 4 000 caractères) \*

Comment se fera l'évaluation des activités du projet? À quelle fréquence? (**Jusqu'à 1000 caractères**) \*

### 5.3 Mobilisation des connaissances

Décrivez l'approche en matière de mobilisation des connaissances pour le projet proposé (**jusqu'à 2 000 caractères**). \*

## 6. Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus

### 6.1 Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre Plus (ACSG+)

Décrivez comment le projet tient compte de l'intersectionnalité, y compris le sexe, le genre et d'autres facteurs d'identification tels que la race, l'ethnicité, la religion, la situation géographique, l'éducation, etc. **(jusqu'à 2 000 caractères) \***



## 7. Plan de travail

Remplissez le plan de travail ci-dessous pour la durée du projet. \*

Activités (jusqu'à 100 caractères chacune)	Échéanciers		Résultats escomptés (jusqu'à 400 caractères chacun)
	Date de début (MM/AAAA)	Date de fin (MM/AAAA)	

Activités supplémentaires : Utilisez ce champ pour fournir des activités supplémentaires, si nécessaire (jusqu'à 1 000 caractères).

## 8. Budget et explication

Remplissez le budget ci-dessous pour la durée du projet. \*

Catégories de dépenses budgétaires	Contexte (jusqu'à 400 caractères chacun)	Exercice financier 1 (1 <sup>er</sup> avril 2022 - 31 mars 2023)	Exercice financier 2 (1 <sup>er</sup> avril 2023 - 31 mars 2024)	Totaux
Salaires et avantages sociaux du personnel		\$	\$	\$
Employés contractuels		\$	\$	\$
Déplacements et hébergement		\$	\$	\$
Matériel et fournitures		\$	\$	\$
Équipement		\$	\$	\$
Loyer et services publics		\$	\$	\$
Mesure du rendement et évaluation		\$	\$	\$
Location de salles et d'espace		\$	\$	\$
Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$

**PROTÉGÉ B** (une fois rempli)

Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$
Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$
Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$
Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$
Autre (veuillez préciser) :		\$	\$	\$

## 9. Déclarations

Santé Canada sollicite votre consentement proactif pour partager votre demande et les documents connexes avec d'autres ministères et organismes fédéraux afin d'explorer d'autres possibilités de financement.

Consentez-vous à ce que la présente demande et les documents connexes soient partagés avec d'autres ministères et organismes fédéraux? *	Oui	Non
--	-----	-----

Employez-vous actuellement des personnes qui font du lobbying pour votre organisme? *	Oui	Non
---	-----	-----

L'organisme compte-t-il actuellement, dans son effectif ou conseil d'administration, un ancien titulaire de charge publique ayant quitté le gouvernement fédéral au cours des douze derniers mois? *	Oui	Non
--	-----	-----

Si vous avez répondu oui à la question ci-dessus, cette personne occupait-elle un poste de cadre supérieur (EX) ou de niveau plus élevé lorsqu'elle assumait ses fonctions officielles? *	Oui	Non
---	-----	-----

Dans l'affirmative, veuillez demander à cette personne de communiquer avec son ancien ministère pour obtenir la confirmation écrite qu'elle respecte les dispositions relatives à l'après-mandat de la *Loi sur les conflits d'intérêts* et du *Code de valeurs et d'éthique de la fonction publique*.

**Je déclare ce qui suit :**

- tous les renseignements fournis dans la présente demande sont exacts et complets;
- cette demande est présentée au nom de l'organisme dont le nom figure à la Section 1 et avec l'approbation de celui-ci;
- je comprends que, si la présente demande est approuvée, il me faudra signer un accord de financement officiel dans lequel seront précisées les modalités.

Personne détenant le pouvoir de signer une entente de financement avec Santé Canada.

Nom en caractères d'imprimerie : *	
------------------------------------	--

Signature (signature numérique requise) : *	
---	--

Titre du poste : *		Date : *	
--------------------	--	----------	--

Titre de la proposition : *	
-----------------------------	--

Financement total demandé : *	\$
-------------------------------	----