

Programme pour les langues officielles en santé

Micro-financement Formulaire de demande

Important

Veuillez répondre à toutes les questions pour nous permettre d'évaluer votre demande de financement en temps opportun. Les demandes incomplètes ne seront pas prises en considération.

Envoyez le formulaire rempli par courriel à l'adresse : hc.olcdbl-baclo.sc@canada.ca

Partie A – Coordonnées

Prénom :	Nom de famille :	
Adresse :		
Ville:		
Province/Territoire :	Code postal :	
Téléphone :		
Adresse courriel :		
Si vous présentez une demande pour le compte d'un organisme sans but lucratif, indiquez le nom de l'organisme :		

Pour les particuliers :

Indiquez votre âge :

Indiquez votre sexe:

Indiquez si vous êtes :

16 - 25

Féminin

Citoyen canadien

26 - 45

Masculin

Résident permanent

46 - 64

Autre

65 +

Partie B – Renseignements sur le projet

Titre du projet :

Date de début du projet (JJ-MM-AAAA) :

Date de fin du projet (JJ-MM-AAAA) :

Votre projet vise quelle communauté de langue officielle en situation minoritaire

Anglophones au Québec

Francophones hors Québec

Les 2 communautés

Veuillez décrire les activités de votre projet :

En 250 mots ou moins, veuillez inclure des informations sur les objectifs du projet et une description des activités que vous allez entreprendre, en quoi votre projet aura un impact positif sur son public cible et en quoi votre projet a le potentiel de créer des communautés compatissantes dans les communautés de langue officielle en situation minoritaire.

Indiquez le groupe cible (cochez toutes les réponses qui s'appliquent) :

Jeunes

Aînés

Parents / Aidants

Enseignants

Professionnels de la santé

Population en général

LGBTQ2+

Autochtones

Autre (précisez)

Nombre prévu de participants à votre projet :

Expliquez comment vous prévoyez promouvoir les activités dans le cadre du projet pour encourager la participation ou faire connaître l'objectif du projet.

Utilisez une ou deux phrases (ou puces) et expliquez comment vous prévoyez promouvoir le projet, par exemple : dans les média sociaux (Facebook, Twitter, LinkedIn, etc.) ou en personne, par courriel, en utilisant des affiches, etc.

Expliquez comment vous prévoyez dépenser les fonds dans le cadre du projet :

Utilisez des puces pour faire une liste des coûts prévus (par exemple, matériels et fournitures, impression, honoraires de conférencier, réservation de salle, communication et diffusion, location d'équipements, etc.).

Partie C – Déclaration, attestation et entente

(Si vous voulez que votre demande soit prise en considération à des fins de financement, vous devez cocher toutes les cases.)

En mon nom ou au nom de l'organisme sans but lucratif qui effectue les activités dans le cadre du projet :

Je déclare que :

Les renseignements indiqués dans la demande sont vrais, exacts et exhaustifs.

J'ai ou obtiendrai toutes les autorisations, y compris les permis, les licences et les consentements, nécessaires pour entreprendre le projet proposé et, sur demande, je les fournirai Santé Canada. Cela inclut la permission du propriétaire d'afficher, publier, reproduire ou traduire des documents appartenant à un tiers, ainsi que l'autorisation du sujet (ou des parents dans le cas d'un mineur) d'afficher ou de publier des photos ou des vidéos.

Aucun fonctionnaire ni titulaire d'une charge publique, passé ou présent, n'obtiendra un avantage direct du financement reçu pour effectuer les activités dans le cadre du projet indiquées dans la présente demande.

Les activités dans le cadre du projet seront effectuées conformément aux statuts, règlements, ordonnances, normes et lignes directrices applicables.

Je confirme que :

Le dépôt de la présente demande ne constitue aucunement un engagement de la part de Santé Canada d'accorder le financement.

Même si le projet est admissible, le financement n'est pas garanti. Il est possible que le montant approuvé soit inférieur au montant demandé.

Si, pour tout motif, il est impossible de communiquer avec moi à l'adresse indiquée ou si je ne réponds pas dans un délai de sept (7) jours à compter de la date à laquelle j'ai reçu une communication ou si je ne peux plus participer, pour tout motif, ma demande est déclarée nulle et non avenue et une autre demandeur sera sélectionné.

Si ma demande est approuvée, je conviens :

Je vais devoir fournir des renseignements bancaires.

Que la présente demande signée et le courriel de réponse de Santé Canada confirmant que le financement a été approuvé constituent l'entente de financement qui entre en vigueur à la date du courriel précisant que le financement a été approuvé.

Que la présente entente n'établit aucun partenariat, agence ou co-entreprise et que je ne peux pas agir à titre d'agent, partenaire ou employé de Santé Canada pour effectuer les activités dans le cadre du projet indiquées dans la présente demande.

Ces fonds ne peuvent être utilisés qu'aux fins prévues. Les projets peuvent être soumis à des audits aléatoires. Soumettre des informations fausses ou trompeuses, ou une mauvaise utilisation des fonds peut entraîner le recouvrement des fonds et / ou une inéligibilité au financement de projets futurs.

Je partagerai les résultats de mon projet sur les média sociaux en utilisant les mots-clés **#CLOSMcompatissantes, #soinspalliatifs, #SantéCanada et/ou #languesofficielles**. J'enverrai les preuves de l'activité des média sociaux à hc.olcdb-baclo.sc@canada.ca dans les deux (2) semaines suivant l'achèvement du projet. Les résultats doivent inclure des informations détaillées sur le projet, sa date de réalisation, le nombre de personnes et / ou de groupes participants / bénéficiaires et les résultats obtenus, y compris les succès ou les échecs.

Que le gouvernement du Canada, ses mandataires, fonctionnaires, employés et agents ne seront tenus responsables d'aucune réclamation ou cause d'action découlant de blessures ou du décès de quelque personne ou de quelque dommage ou destruction de biens découlant des activités dans le cadre du projet indiquées dans la présente demande. En tant que demandeur, je comprends que je suis responsable et que je dois indemniser le gouvernement du Canada, ses mandataires, fonctionnaires, employés ou agents de toute action, réclamation, demande ou perte découlant du projet.

De ne pas utiliser ou de ne pas autoriser d'autres personnes à utiliser le nom, les symboles ou les marques de Santé Canada ou du gouvernement du Canada d'une façon qui pourrait être interprétée comme un appui explicite ou implicite au projet par Santé Canada ou le gouvernement du Canada.

Partie D – Énoncé de confidentialité

(Vous devez cocher la case ci-après, si vous voulez que votre demande soit prise en considération à des fins de financement)

J'ai lu et j'ai compris les renseignements sur la confidentialité ci-après.

- Les renseignements personnels fournis sont protégés conformément à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et sont obtenus en vertu de la *Loi sur le Ministère de la Santé*, article 4.
- Santé Canada a besoin de mes renseignements personnels pour pouvoir évaluer ma demande de micro-financement et prendre des décisions à cet égard.
- Mes renseignements personnels peuvent aussi être utilisés pour effectuer les paiements ou pour les rapports financiers.
- Mes renseignements personnels sont conservés pendant six ans et ensuite, détruits conformément à l'autorisation de disposition de Santé Canada.
- Tout refus de fournir les renseignements demandés peut empêcher le traitement ou l'approbation de ma demande.
- La collecte de renseignements personnels est expliquée dans Info Source, disponible en ligne à l'adresse infosource.gc.ca, Fichier de renseignements personnels POU 931.
- Mes droits en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels : vous avez le droit de demander de consulter et de corriger vos renseignements personnels. J'ai le droit de présenter une plainte au Commissaire à la protection de la vie privée, si je pense que mes renseignements personnels ont été utilisés d'une manière inappropriée.

Pour plus de renseignements, communiquez avec le Programme à l'adresse hc.olcdb-baclo.sc@canada.ca ou pour plus de renseignements sur la protection de la vie privée avec la Division de la gestion de la protection des renseignements personnels à l'adresse hc.privacy-vie.privee.sc@canada.ca.

Partie E – Signature du demandeur

(particulier ou personne autorisée à signer pour le compte de l'organisme sans but lucratif)

Signature :	Date :
Parent/Tuteur Signature (si le demandeur est mineur) :	Date :

Merci d'avoir présenté une demande. Santé Canada communiquera avec vous bientôt !