



Formulaire de demande de financement de micro-subventions du programme sur l'usage et les dépendances aux substances (PUDS)

* indique un champ obligatoire

*Je fais une demande de :

Financement d'un projet de sensibilisation au vapotage chez les jeunes ou jeunes adultes

Financement d'un projet de sensibilisation au cannabis chez les jeunes ou jeunes adultes

Financement d'un projet combiné de sensibilisation au vapotage et au cannabis chez les jeunes ou jeunes adultes

*Je fais une demande à titre :

D'individu en mon nom

De représentant dûment autorisé d'un organisme sans but lucratif

De parent ou de tuteur légal de l'enfant suivant [ajoutez le nom de l'enfant]:

_____ qui n'a pas atteint l'âge de la majorité dans la province dans laquelle l'enfant réside (le demandeur doit être âgé de 16 ans ou plus).

Coordonnées du parent ou tuteur légal

Nom :

Relation :

Téléphone :

Courriel :

| Section A – Renseignements du demandeur | |
|--|---------------------------------------|
| <p>Instructions: Si vous faites une demande à titre de représentant dûment autorisé d'un organisme sans but lucratif (OSBL), veuillez fournir votre nom, votre titre et le nom de l'OSBL.</p> | |
| *Prénom : | *Nom de famille : |
| Titre : | |
| Nom de l'OSBL (le cas échéant) : | |
| *Adresse : ez | |
| *Ville : | |
| *Province ou territoire : | *Code postal : |
| *Numéro de téléphone : | |
| *Courriel : | |
| <p>*Si vous faites une demande à titre d'<i>individu</i>, veuillez préciser si vous êtes :</p> <p style="text-align: center;">Citoyen canadien Résident permanent</p> | |
| <p>*Indiquez le groupe d'âge du demandeur :</p> <p style="text-align: center;">16 à 18 19 à 24 25 à 29 30+</p> | |
| Section B – Renseignements sur le projet | |
| *Titre du projet : | |
| *Date de début : Après le 2022/01/10 | *Date de fin : Avant le 2022/12/31 |
| <p>*Dans quelle langue votre programme sera-t-il réalisé? (veuillez cocher tous les choix applicables)</p> | |
| <p>Français Anglais Autre (précisez)</p> | |

Protégé A une fois complété

***Veuillez décrire les activités de votre projet.** (En utilisant 200 à 250 mots (phrases et/ou puces), fournissez les renseignements suivants : (1) objectif(s) du projet, (2) description des activités que vous entreprendrez, (3) comment votre public cible participera à la conception et à la réalisation du projet, (4) la façon dont votre projet influencera positivement le public cible, et (5) comment votre projet a le potentiel de sensibiliser aux risques pour la santé du cannabis et/ou du vapotage chez les jeunes et les jeunes adultes.)

***Identifiez votre public cible (sélectionnez toutes les réponses applicables) :**

Jeunes (13 à 18 ans)

LGBTQ2+ (13 à 18 ans)

Jeunes (19 à 24 ans)

LGBTQ2+ (19 à 24 ans)

Autochtones (13 à 18 ans)

Personnes de couleur (13 à 18 ans)

Autochtones (19 à 24 ans)

Personnes de couleur (19 à 24 ans)

Autres (veuillez préciser)

***Public escompté (c.-à-d. le nombre de personnes) :**

***Veuillez décrire la manière dont vous promouvrez les activités de votre projet pour encourager la participation à celles-ci et les faire connaître.**

En une ou deux phrases, ou à l'aide d'une liste à puces, veuillez décrire la façon dont vous prévoyez de promouvoir votre projet, par exemple : par divers canaux de médias sociaux, comme Instagram, Facebook, SnapChat, YouTube, TikTok (#HC_Micro_SC2022 #cannabis #vapotage) etc. ou par le bouche-à-oreille, des courriels, des affiches, etc.

***Veuillez décrire comment vous prévoyez dépenser les fonds de financement de votre projet.**

Fournissez une liste des éléments du projet avec leurs coûts approximatifs prévus, tels que le matériel et les fournitures, l'impression, les frais de conférencier, les réservations de salle, la communication et la diffusion, la location d'équipement, etc.

Section C – Déclaration, attestation et accord

***En mon nom, et si je fais une demande à titre de représentant(e) dûment autorisé(e) d'un OSBL, au nom de cet OSBL, je déclare que :** *(Pour que votre demande soit prise en considération, toutes les cases doivent être cochées)*

Les renseignements contenus dans la demande sont véridiques, exacts et complets.

J'ai obtenu ou j'obtiendrai toutes les autorisations nécessaires, y compris les permis, les licences et les consentements, pour entreprendre le projet proposé et, au besoin, je les soumettrai à Santé Canada. Cela comprend la permission du demandeur (ou ses parents dans le cas d'un mineur) d'afficher ou de publier des photos ou des vidéos, ou de reproduire ou traduire des documents qui appartiennent à un tiers.

Aucun fonctionnaire ou titulaire d'une charge publique, passée ou présente, ne peut retirer un avantage direct des fonds reçus pour entreprendre les activités du projet décrites dans la présente demande.

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

Protégé A une fois complété

Les activités de projet ne sont pas appuyées, directement ou indirectement (y compris par un financement ou par des contributions en nature), par des entités participant à la fabrication, la production, la publicité ou la vente de tabac, de vapotage ou de cannabis.

Je reconnais que :

Le fait de présenter cette demande ne constitue pas un engagement de la part de la ministre de la Santé à accorder du financement.

Même si le projet est admissible, le plein financement n'est pas garanti. Il est possible que la subvention approuvée soit d'un montant inférieur à celui demandé.

Si, pour quelque raison que ce soit, je ne peux pas être joint aux coordonnées fournies ou ne donne pas de réponse dans les trois jours après avoir été contacté(e), je ne pourrai plus participer; ma demande sera alors déclarée nulle et un(e) autre participant(e) sera sélectionné(e).

Si cette demande est approuvée, je reconnais et j'accepte que :

Lorsque les deux parties auront signé la présente demande, celle-ci constituera l'accord de financement (l'« accord »), et la date d'entrée en vigueur de l'accord sera la date de la signature de Santé Canada.

Je devrai fournir mes renseignements bancaires et les fonds reçus ne serviront qu'à financer les activités du projet décrites dans l'accord.

Je communiquerai les résultats de mon projet sur les médias sociaux à l'aide du mot-clic #HC_Micro_SC2022, et des mots-clics #cannabis (pour les projets sur le cannabis) et #vapotage (pour les projets sur le vapotage). Je ferai parvenir la preuve de l'activité sur les médias sociaux à hc.suapmicrogrants-pudsmicrosubventions.sc@canada.ca dans les deux (2) semaines qui suivront l'achèvement du projet ou au plus tard le 31 mars de l'année pendant laquelle le financement a été reçu. Les résultats doivent comprendre les détails sur le projet, la date, le nombre de personnes ou de groupes qui y ont participé et l'issue finale, y compris les réussites ou les échecs.

L'accord ne crée pas un partenariat, ni un organisme, ni un projet conjoint et, le cas échéant, l'OSBL ne doit pas me représenter ou se représenter à titre d'agent, de partenaire ou d'employé de Santé Canada dans la réalisation des activités du projet décrites dans la présente demande.

L'accord sera interprété et régi par les lois de la province dans laquelle le demandeur ou la demanderesse réside ou à son bureau enregistré.

Ces fonds doivent être utilisés aux fins prévues seulement. Les projets peuvent faire l'objet de vérifications aléatoires. La soumission d'informations fausses ou trompeuses, ou

Protégé A une fois complété

une mauvaise utilisation des fonds peut entraîner le recouvrement des fonds et/ou l'inéligibilité à un financement de projet futur.

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 que ce soit ni d'aucun dommage ou destruction de biens découlant des activités du projet décrites dans la présente demande. À titre de demandeur, je et, le cas échéant, l'OSBL nous engageons à tenir indemnes et à couvrir le Canada, ses mandataires, fonctionnaires, employés ou agents, de toutes les actions, réclamations, demandes et pertes qui pourraient découler du projet.

Je n'utiliserai le nom, les symboles ou les marques de Santé Canada ou du gouvernement du Canada d'aucune manière qui pourrait être interprétée comme une approbation expresse ou tacite du projet par Santé Canada ou le gouvernement du Canada, et je n'autoriserai aucune autre personne à le faire.

Section D – Énoncé de confidentialité

Je reconnais que :

- Les renseignements personnels que vous fournissez sont protégés aux termes de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* et sont recueillis en vertu de l'article 4 de la *Loi sur le ministère de la Santé*.
- But de la collecte de renseignements : Nous demandons vos renseignements personnels dans le but d'évaluer votre demande de micro-financement, et de prendre une décision qui s'y rattache.
- Autres utilisations ou divulgations : Vos renseignements personnels peuvent aussi servir au traitement des paiements et aux rapports financiers.
- Rétention : Vos renseignements personnels seront conservés pendant une période de six ans, et ensuite détruits, conformément à l'utilisation des autorisations de Santé Canada.
- Refus de fournir des renseignements : Tout refus de fournir les renseignements demandés peut empêcher le traitement ou l'approbation de ma demande.
- Pour plus de renseignements : Ce recueil de renseignements personnels est décrit à l'adresse internet [Renseignements sur les programmes et les fonds de renseignements](#), et [Fichiers de renseignements personnels POU 931](#).
- Vos droits en vertu de la *Loi sur la protection des renseignements personnels* : Vous avez le droit de demander l'accès à vos renseignements personnels et leur correction, le cas échéant. Vous avez également le droit de déposer une plainte auprès du

Protégé A une fois complété

Commissariat à la protection de la vie privée du Canada si vous croyez que vos renseignements personnels ont été utilisés de façon inappropriée. Pour de plus amples renseignements, veuillez communiquer avec le représentant du Programme sur l'usage et les dépendances aux substances à hc.suapmicrogrants-pudsmicrosubventions.sc@canada.ca. Pour en savoir davantage sur la protection des renseignements personnels, veuillez communiquer avec la Division de la gestion de la protection des renseignements personnels à hc.privacy-vie.privee.sc@canada.ca.

***J'ai lu et compris la nature confidentielle des renseignements personnels.**

(Pour que cette demande soit prise en considération, vous devez cocher cette case)

Section E – Signature du demandeur (individu [parent ou tuteur légal s'il fait la demande au nom d'un mineur] ou représentant(e) dûment autorisé(e) de l'OSBL)

Nom du demandeur / ou nom de l'OSBL *(le cas échéant)* :

Signature électronique du demandeur :

Date :

Nom du parent ou tuteur : *(si le demandeur est mineur)* :

Date :

Signature électronique du parent ou tuteur : *(si le demandeur est mineur)* :

* Veuillez appliquer une signature électronique uniquement. Pour obtenir plus d'informations, [cliquez ici](#).

**Ce formulaire doit être soumis en utilisant le bouton « Soumettre la demande » ci-dessous.



Si vous éprouvez des problèmes techniques lors de la soumission de votre formulaire de demande, veuillez nous envoyer un courriel à hc.suapmicrogrants-pudsmicrosubventions.sc@canada.ca.

Section F – Ne pas remplir – Réservé à l’usage interne de Santé Canada seulement

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">Approuvé Non approuvé</p> <p>Montant approuvé par la directrice générale : <i>(Maximum de 1 000,00 \$)</i></p> | <p>Bénéficiaire :</p> <p>Fournisseur :</p> <p># Fournisseur :</p> |
|---|--|

| | |
|--|---|
| <p>Pouvoir d’engager des dépenses <i>(Il s’agit du pouvoir de prendre un engagement qui occasionnera une sortie de fonds)</i></p> | |
| Je suis d’accord : | Je ne suis pas d’accord : |
| <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Directrice générale</p> <p style="text-align: center;">Direction des politiques, de la planification et des programmes horizontaux</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Signature</p> | <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Article 32 de la loi sur la gestion des finances publiques – Contrôle des engagements et le pouvoir d’exécuter une opération <i>(Vérification que le centre de coûts dispose de fonds non grevés suffisants pour cette initiative et l’autorité de conclure un accord contraignant)</i></p> | |
| <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Gestionnaire de centre de coût</p> <p style="text-align: center;">Direction des politiques, de la planification et des programmes horizontaux</p> <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Signature</p> | <p style="text-align: center;">_____</p> <p style="text-align: center;">Date</p> |