



FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

« Les fondations sont bien plus que des partenaires; elles sont de proches collaboratrices et des alliées de premier plan, grâce à qui développement, amélioration, qualité et bien-être des usagers sont possibles. »

Maryse Poupart
PDG – CISSS de Lanaudière

Séquence semi-annuelle des dépôts

Depuis le début de l'année 2021, une séquence de dépôts des demandes de financement a été établie, en collaboration entre les fondations et le CISSS de Lanaudière, afin de faciliter, de part et d'autre, le processus d'attribution permettant un partenariat efficace et une meilleure organisation.

Premier dépôt annuel

- Dernier mercredi de mars : dépôt des demandes de financement provenant des installations de santé et de services sociaux vers la direction générale du CISSS de Lanaudière (PDG).

Deuxième dépôt annuel

- Dernier mercredi de septembre : dépôt des demandes de financement provenant des installations de santé et de services sociaux vers la direction générale du CISSS de Lanaudière (PDG).

Suite du processus après chacun des dépôts :

- La direction générale du CISSS de Lanaudière (PDG) analyse les demandes et soumet celles qu'elle retient par la suite à la fondation concernée ou aux deux fondations, dans le cas d'une demande à portée régionale et concertée;
- Des demandeurs pourraient être invités à présenter leur demande au comité d'attribution ou au conseil d'administration de la fondation;
- Les demandeurs recevront la réponse de la fondation avant le mois de juillet (premier dépôt) et décembre (deuxième dépôt), accompagnée d'une procédure pour l'utilisation du financement.

Comment remplir le formulaire de demande de financement?

1. Complétez toutes les sections du formulaire.
Attention, tout formulaire incomplet sera automatiquement rejeté.
2. Faites approuver la demande par tous les secteurs / directions concernés.
3. Transmettez la demande à la direction générale du CISSS de Lanaudière (PDG) (obligatoire) afin que celle-ci analyse la demande et envoie sa réponse à la fondation, que la demande soit acceptée ou refusée.
4. Vous serez par la suite avisé par courriel de la décision de la fondation dans les meilleurs délais.

Si vous avez des questions concernant ce formulaire, contactez l'une des fondations :

Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière
Maude Malo, directrice générale
Par téléphone : 450 759-8222, poste 2782
Par courriel : maude.malo@ssss.gouv.qc.ca

Fondation Santé Sud de Lanaudière
Patsy Joncas, directrice générale
Par téléphone : 450 654-7525, poste 21117
Par courriel : pjoncas@fondationsssl.ca

Rappel de la mission des fondations



Fondation pour la Santé
du Nord de Lanaudière

La fondation mobilise la communauté et recueille des fonds afin de financer des projets et des équipements améliorant les soins de santé et les services sociaux, de même que le bien-être des gens, dans le nord de Lanaudière.



FONDATION
SANTÉ
SUD DE LANAUDIÈRE

Nous recueillons des dons pour l'achat d'équipements médicaux et pour la réalisation de projets rassembleurs qui permettront d'améliorer l'offre de service et l'état de santé des résidents desservis par l'Hôpital Pierre-Le Gardeur et les constituantes du réseau de la santé situées dans le sud de Lanaudière.

Les fondations agissent dans leur milieu de façon complémentaire au financement public, grâce à des acquisitions et à des projets visant le développement de l'offre de service du CISSS de Lanaudière. Elles permettent donc à l'établissement de se développer, d'aller plus loin.

Le but commun des deux fondations : **le bien-être des usagers.**

Admissibilité des demandes

Pour qu'une demande soit jugée admissible

Elle doit :

- viser l'amélioration des soins de santé ou des services sociaux offerts aux usagers du nord, du sud ou de toute la région de Lanaudière;
- favoriser le développement de l'organisation de façon optimale, permettant d'aller plus loin, de donner le petit ou grand plus qui fera la différence dans la vie des usagers et de la communauté;
- vous permettre de rêver à des soins et des services améliorés, optimisés et de proximité.

Elle ne doit pas :

- viser l'amélioration des lieux de travail ou du bien-être du personnel ou des médecins œuvrant dans une des installations du CISSS de Lanaudière – bien que les fondations soient extrêmement reconnaissantes de l'excellent travail de l'ensemble du personnel de la santé, elles ont plutôt pour mission d'améliorer la qualité des soins et des services dédiés aux usagers;
- faire en sorte de demander à la ou aux fondation(s) de payer des frais récurrents, des frais liés à de la formation de personnel ou à l'embauche de main d'œuvre;
- concerner le remplacement d'un équipement médical ou non médical déjà en place;
- présenter un équipement, un projet ou un service :
 - dont les coûts peuvent être défrayés via les budgets du CISSS de Lanaudière;
 - découlant d'une obligation ministérielle;
 - faisant partie des besoins de base constituant l'offre de service de l'établissement.

1- Portée de l'équipement, du projet ou du service

Quelle est la portée de l'équipement, du projet ou du service demandé?

- Nord de Lanaudière seulement
(MRC : Joliette, Montcalm, D'Autray, Matawinie)
- Sud de Lanaudière seulement
(MRC : L'Assomption, Les Moulins)
- Régionale
En cochant cette case, vous confirmez qu'il s'agit d'un projet nord/sud, mais que la demande pourrait ne pas être acceptée par les deux fondations.
- Régionale et concertée
En cochant cette case, vous confirmez qu'il s'agit d'un projet nord/sud et que la demande devra obligatoirement être analysée et acceptée par les deux fondations, car sans l'acceptation des deux fondations, le projet serait compromis.
- Autre
S.V.P. spécifier :

Une fois analysées et signées, la direction générale du CISSS de Lanaudière acheminera les demandes reçues et retenues vers la fondation visée par la demande ou les deux fondations concernées, s'il y a lieu. Elle les informera également des demandes qu'elle refusera, à moins que la raison du refus soit confidentielle.

2- Informations sur le requérant

Nom complet :	
Titre :	
Installation/secteur :	
Téléphone :	
Courriel :	

3- Identification de l'équipement, du projet ou du service

Nom de l'équipement, du projet ou du service demandé :		
Type : Cocher toutes les cases applicables	<input type="checkbox"/> Équipement médical <input type="checkbox"/> Équipement non médical <input type="checkbox"/> Équipement visant le mieux-être <input type="checkbox"/> Service visant le mieux-être <input type="checkbox"/> Projet d'immobilisation (construction, aménagement/réaménagement intérieur /extérieur) <input type="checkbox"/> Autre S.V.P. spécifier : * Attention, veuillez compléter toutes les sous-sections De la section 6 correspondantes au type de projet.	
Objectif lié à :	<input type="checkbox"/> Du développement	<input type="checkbox"/> Du remplacement
	Ex. ajout en nombre pour une meilleure offre, nouveauté, amélioration, optimisation,	Si vous cochez cette case, votre demande sera fort probablement jugée inadmissible. Voir les détails

	acquisition d'un équipement en double pour éviter un bris de service, etc.	à la page 2.
Date souhaitée d'utilisation de l'équipement ou du service ou date de démarrage du projet :		
Durée estimée :		
Récurrence demandée : (spécifique aux services liés au mieux-être)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelle est cette récurrence :	

4- Description de l'équipement, du projet ou du service

Âge de la clientèle concernée :	
Installation(s) visée(s) :	
Programme(s) concerné(s) :	
Localisation de la clientèle : (secteur géographique, département(s))	
Nb. d'utilisateurs : (nombre approximatif d'utilisateurs touchés ou visés - <u>cette donnée est très utile</u>)	
Descriptif sommaire :	
Objectif(s) précis visé(s) : (avantage(s) pour la population ou la clientèle visée, retombées, etc.) Que permet d'améliorer cet équipement, ce projet ou ce service?	
Dans le cas d'une demande d'acquisition d'un équipement, qu'utilisez-vous présentement, dans l'attente de l'équipement désiré?	

5- Visibilité de la fondation (ou des fondations)

Quelle visibilité accorderez-vous à la fondation (ou aux fondations)?	
---	--

De quelle façon et par quels moyens de communication?	

6- Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
a. Équipement médical - À compléter par le Service de génie biomédical (GBM)	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total équipement médical (GBM)	
Besoin d'un accord du MSSS (Si tel est le cas, veuillez noter qu'un délai supplémentaire est à prévoir pour l'analyse et l'approbation du MSSS et que la réalisation du projet ou de l'acquisition est conditionnelle à cette approbation.)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Signature du responsable au GBM	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
b. Équipement non médical - À compléter par la Direction des services techniques (DST)	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total non médical	
Signature du responsable à la DST	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
c. Informatique - À compléter par la Direction des ressources informationnelles	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total informatique	
Signature du responsable des ress. informationnelles	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
d. Mieux-être - À compléter par la DST, si équipements ou projets liés au mieux-être	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total mieux-être	
Signature du responsable à la DST	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
e. Immobilisation - À compléter par la DST	

Coût estimé du projet	
Frais récurrents annuels	
Total immobilisation (DST)	
Signature du responsable à la DST	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
f. Formation des utilisateurs-clinique – à compléter par le requérant	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels (formation annuelle, remplacement des personnes à former, etc.)	
Total formation	
Signature du requérant	
Nom complet	
Téléphone	
Courriel	
g. Coût total	
	Montant \$
Total équipement médical (GBM)	
Total non médical (DST)	
Total informatique (DRI)	
Total mieux-être (DST)	
Total immobilisation (DST)	
Total formation (requérant)	
Autre montant	
S.V.P. spécifier :	
Total	
h. Participant(s) au financement (autre(s) que la fondation)	
Est-ce que le CISSS se chargera des frais récurrents, comme la fondation ne finance aucuns frais récurrents? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Total du financement du CISSS de Lanaudière, incluant ou non les frais récurrents	\$
Autre(s) partenaire (s), s'il y a lieu	
Montant \$	
Total – Participant(s) au financement	
\$	
Montant demandé à la fondation (inscrire un montant arrondi au dollar près)	
\$	
Soustraire du coût total le montant des participants au financement et les frais récurrents défrayés par le CISSS, le cas échéant.	

S.V.P., le cas échéant, veuillez joindre la fiche technique ou tout document pertinent à l'analyse de la demande.

Dernière mise à jour : Septembre 2021

7- Engagements et signatures	
a. Engagement du requérant	
<input type="checkbox"/> Je m'engage à fournir, sur demande de la ou des fondation(s), un bilan et/ou un rapport financier du projet.	
<input type="checkbox"/> Je m'engage à faire parvenir à la ou aux fondation(s), des photos et des informations présentant l'impact du financement, afin que celle(s)-ci puisse(nt) en informer ses donateurs. Je le ferai de mon plein gré entre autres par un suivi de type un an après l'arrivée de l'équipement ou l'implantation du service ou du projet financé.	
Nom du requérant :	Titre :
Signature :	Date :
b. Médecin et/ou chef de l'unité/département – dans le cas d'une demande d'équipement médical	
Nom du médecin et/ou chef concerné :	
Signature :	
Courriel :	
c. Direction concernée	
Nom de la direction concernée :	
Titre :	
Signature :	
Courriel :	
d. Décision d'un représentant de la direction générale du CISSS de Lanaudière	
<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	
Commentaires :	
Nom:	
Titre :	
Signature :	
Date :	

8- Section réservée à la ou aux fondation(s)		
	Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière	Fondation Santé Sud de Lanaudière
Date de réception de la demande :		
Date de transmission de la réponse :		
Décision :	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable	<input type="checkbox"/> Favorable <input type="checkbox"/> Défavorable
Raison du refus : (le cas échéant)		
Montant accordé et conditions : (le cas échéant)		
Numéro d'attribution :		
Date de présentation au CA : (si applicable – dans le cas de demande de 100 000 \$ et plus)		
Numéro de résolution : (si applicable – dans le cas de demande de 100 000 \$ et plus)		
Nom de la direction générale		
Signature de la direction générale		
Commentaires :		

9- Information additionnelle

La ou les fondation(s) souhaite(nt) que toute demande dont le montant demandé est plus grand que 50 000 \$ soit présentée en comité d'attribution ou en conseil d'administration de la fondation visée.

En détail :

Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation se situe entre 50 000 \$ et 99 999 \$ - la fondation demandera au requérant, au gestionnaire ou au directeur lié au projet, de venir le présenter en comité d'attribution dans le mois suivant la réception de la demande à la fondation.

Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation est de plus de 100 000 \$ - la fondation demandera au requérant, à un représentant de la direction générale ou au directeur lié au projet, de venir le présenter au conseil d'administration de la fondation dans les mois suivant la réception de la demande à la fondation.