



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
Présidente Directrice-générale
CISSS de Lanaudière

« Nos organisations sont fières de mobiliser nos communautés et de recueillir des fonds pour veiller à l'amélioration de l'offre de service du CISSS de Lanaudière. La santé et le bien-être de la population de notre région nous tiennent réellement à cœur. C'est pourquoi le financement de projets innovants et d'équipements à la fine pointe de la technologie demeure notre façon de faire une grande différence en matière de soins de santé et de services sociaux offerts chez nous! »

Maude Malo
Directrice générale
Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière

Patsy Joncas
Directrice générale
Fondation Santé Sud de Lanaudière

Critères d'admissibilité d'une demande :

- 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.

Pour toute question concernant la complétion du formulaire, merci de contacter :

DEM.Fondations.DG.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

Question sur de l'équipement médical

Question sur de l'équipement non médical

biomedical.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

Projets.Immo.cisssl@ssss.gouv.qc.ca

DEUX CYCLES DE DÉPÔTS ANNUELS

Premier cycle de dépôt	
Janvier	Direction générale : Émet une communication qui rappelle les délais du premier cycle de dépôt.
Mars	Fin du premier cycle de dépôt : Tout gestionnaire désirant soumettre une demande de financement doit l'envoyer en premier lieu à biomedical.csssln@ssss.gouv.qc.ca au plus tard le dernier jour ouvrable du calendrier de mars.
Avril	Direction des services techniques (DST) et Direction des ressources informatiques (DRI) : Analysent les demandes de financement et complètent la section du formulaire de demande de financement dont elles sont responsables. <u>La fin de la période d'analyse correspond au dernier jour ouvrable du calendrier d'avril.</u> Finalement, la DST retourne les formulaires aux directions requérantes.
1^{ère} semaine de mai	Direction requérante : Valide puis transmet les formulaires de demande de financement à la Direction générale à l'adresse : DEM.Fondations.DG.cissslان@ssss.gouv.qc.ca
Mai	Direction générale : Reçoit les demandes transmises par les directions requérantes et sélectionne les demandes de financement admissibles. La fin de la période d'analyse est le <u>dernier jour ouvrable du calendrier de mai.</u> Finalement, la Direction générale transmet lesdites demandes admissibles aux fondations.
Fin du 1^{er} cycle	Les fondations : Elles analysent, rendent leur décision et informent les acteurs concernés par le biais de communications officielles (lettre transmise par courriel). La fin de la période décisionnelle des fondations correspond <u>au dernier jour ouvrable du calendrier de juillet.</u>

Deuxième cycle de dépôt	
Juin	Direction générale : Émet une communication qui rappelle les délais du deuxième cycle de dépôt.
Août	Fin du deuxième cycle de dépôt : Tout gestionnaire désirant soumettre une demande de financement doit l'envoyer en premier lieu biomedical.csssln@ssss.gouv.qc.ca au plus tard le dernier jour ouvrable du calendrier d'août.
Septembre	Direction des services techniques (DST) et Direction des ressources informatiques (DRI) : Analysent les demandes de financement et complètent la section du formulaire de demande de financement dont elles sont responsables. <u>La fin de la période d'analyse correspond au dernier jour ouvrable du calendrier de septembre.</u> Finalement, la DST retourne les formulaires aux directions requérantes.
1^{ère} semaine octobre	Direction requérante : Valide puis transmet les formulaires de demande de financement à la Direction générale à l'adresse : DEM.Fondations.DG.cissslان@ssss.gouv.qc.ca
Octobre	Direction générale : Reçoit les demandes transmises par les directions requérantes et sélectionne les demandes de financement admissibles. <u>La fin de la période d'analyse est le dernier jour ouvrable du calendrier d'octobre.</u> Finalement, la Direction générale transmet lesdites demandes admissibles aux fondations.
Fin du 2^e cycle	Les fondations : Elles analysent, rendent leur décision et informent les acteurs concernés par le biais de communications officielles (lettre transmise par courriel). La fin de la période décisionnelle des fondations correspond <u>au dernier jour ouvrable du calendrier de décembre.</u>

Toute demande de financement qui nécessiterait un processus exceptionnel doit être soumise à l'étude à DEM.Fondations.DG.cissslان@ssss.gouv.qc.ca à la Direction générale. La décision finale est prise en collaboration avec la Direction générale du CISSSLAN et la ou les fondations.

1) Section à remplir par la direction requérante

Informations sur le requérant	
Nom :	
Titre :	
Direction :	
Téléphone :	
Courriel :	

S'agit-il d'une demande admissible?		
Type de demande	Exemple	Résumé de la demande
<input type="checkbox"/> Du développement	Ajout dans l'offre de service, amélioration des accès aux services, assurer l'intégrité des services et se protéger de bris de service, etc.	

Assurez-vous de prendre connaissance des critères d'admissibilité décrits à la page 1.

Définir la portée géographique de la demande	
Secteur(s) géographique(s)	Installation(s)
<input type="checkbox"/> Nord de Lanaudière seulement (MRC : Joliette, Montcalm, D'Autray, Matawinie)	
<input type="checkbox"/> Sud de Lanaudière seulement (MRC : L'Assomption, Les Moulins)	
<input type="checkbox"/> Régional - Projet nord/sud (mais réalisable si seulement nord ou sud)	
<input type="checkbox"/> Régional concerté - Projet nord/sud (doit obligatoirement être accepté nord et sud)	

Clientèle(s) bénéficiaire(s)	
Identification de la clientèle bénéficiaire :	
Âge moyen de la clientèle	
Nombre approximatif d'utilisateurs touchés par année :	
Secteur(s) géographique(s) bénéficiaire(s) :	
Description des bénéfices qualitatifs : (avantage pour la population)	
Identification d'indicateur(s) d'efficacité : (réduire liste d'attente, augmentation d'examen diagnostiques, satisfaction, etc.)	

Identification de l'équipement, du projet ou du service	
Cocher toutes les cases applicables	Nom de l'équipement, du service ou du projet
<input type="checkbox"/> Équipement médical	
<input type="checkbox"/> Équipement non médical	
<input type="checkbox"/> Service visant le mieux-être	
<input type="checkbox"/> Projet d'immobilisation (construction, aménagement ou réaménagement)	
Veuillez lister vos équipements et inscrire la quantité pour chacun d'eux	

Précision de la demande (équipement, du projet ou du service)	
Description sommaire du projet :	
Amélioration(s) apportée(s) :	
Précisez la date souhaitée et la durée estimée :	
Dans le cas d'une demande d'acquisition d'un équipement, qu'utilisez-vous présentement, dans l'attente de l'équipement désiré?	
Avez-vous les ressources humaines disponibles? Expliquez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous les espaces locatifs? Expliquez	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Si applicable, section réservée au « Service visant le mieux-être »		
Identification fournisseur(s) :		
Taux horaire (si applicable) :		
Nombre d'heures de services/mois :		
Date d'entrée des informations :		
Durée applicable – récurrence :		
Ventilation des coûts annuels	Description de dépense	Valeur \$
	TOTAL \$	

Visibilité de la ou des fondations

Quelle(s) visibilité(s) et moyen(s) de communication accorderez-vous?

Veuillez inscrire vos coûts de « Formation des utilisateurs-clinique »

***** Rappel : ces coûts ne sont pas couverts par les fondations *****

Coût estimé	
Frais récurrents annuels (formation, remplacement, etc.)	
Total formation	

Engagement envers la ou les fondations

Direction requérante

- Je m'engage à :
- Fournir sur demande de la ou des fondation(s) un bilan et/ou un rapport financier du projet;
 - Faire parvenir à la ou aux fondation(s) des informations pertinentes représentant l'impact du financement, afin que celle(s)-ci puisse(nt) en informer ses donateurs;
 - Faire les suivis appropriés post livraison
(ex. : un an après l'arrivée de l'équipement ou l'implantation du service ou du projet financé).

Nom du responsable :

Titre :

Direction :

Date :

Si applicable, inscription d'un représentant du corps médical qui appuie la demande

Nom :

Titre :

Courriel et téléphone :

Transmettre à biomedical.cssnl@ssss.gouv.qc.ca

Autorisation finale

Section à remplir par le directeur seulement après l'analyse de la DST-DRILL

Nom du directeur:	
Direction :	
Courriel et téléphone :	
Autorisation finale :	L'envoi du formulaire par la direction est ce qui autorise la demande.

Transmettre à DEM.Fondations.DG.cissslان@ssss.gouv.qc.ca

Information additionnelle

- Les fondations souhaitent 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.
- Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation se situe entre $\geq 50\,000$ \$ et $< 100\,000$ \$, 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.
- Pour toute demande dont le montant demandé à la fondation est de plus de 100 000 \$, la fondation peut demander 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.

2) Section à remplir par la DST et la DRILLL

Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
Équipement médical - À compléter par le Service de génie biomédical (GBM)	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total équipement médical (GBM)	
Date de l'estimation	
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 est conditionnelle à cette approbation.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom complet du responsable au GBM	
Téléphone	
Courriel	

Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
Équipement non médical - À compléter par la Direction des services techniques (DST)	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total non médical	
Date de l'estimation	
Nom complet du responsable à la DST	
Téléphone	
Courriel	

Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
Mieux-être - À compléter par la DST uniquement si elle impliquée au projet mieux-être	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total mieux-être	
Date de l'estimation	
Nom complet du responsable à la DST	
Téléphone	
Courriel	

Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
Immobilisation - À compléter par la DST	
Coût estimé du projet	
Frais récurrents annuels	
Total immobilisation (DST)	
Date de l'estimation	
Nom complet du responsable à la DST	
Téléphone	
Courriel	

Coûts de l'équipement, du projet ou du service	
Informatique - À compléter par la Direction des ressources informationnelles (DRILLL)	
Coût estimé	
Frais récurrents annuels	
Total informatique	
Date de l'estimation	
Nom complet du responsable DRILLL	
Téléphone	
Courriel	

Coût total	
	Montant \$
Total équipement médical (GBM)	
Total non médical (DST)	
Total mieux-être (DST)	
Total immobilisation (DST)	
Total informatique (DRILLL)	
Autre(s) montant(s)	
Total finançable par la fondation	
Total formation (requérant)	
Total du projet interne (incluant formation)	
Spécifiez si autre(s) montant(s)	

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	\$
Inscription des montants arrondis au dollar près	
A) Montant demandé à la Fondation Nord	\$
B) Montant demandé à la Fondation Sud	\$
C) Soustraire les coûts défrayés par le CISSS (ex : frais récurrents)	() \$
Montant total [(A + B) – C]	\$

3) Section à remplir par la Direction générale

Critères de sélection	
Tous les critères de sélection doivent être confirmés:	
<input type="checkbox"/> Dûment rempli et signé	<input type="checkbox"/> Aucune autre source de financement
<input type="checkbox"/> Confirmation de développement	<input type="checkbox"/> Conforme à l'alignement stratégique
<input type="checkbox"/> Conforme à ≥ 1 axe(s) de performance (accès, qualité, efficacité, efficience, satisfaction et mieux-être)	
Décision d'un représentant de la Direction générale du CISSS de Lanaudière	
<input type="checkbox"/> Favorable	<input type="checkbox"/> Défavorable
Commentaires :	
Nom:	
Titre :	
Signature :	<div style="border: 1px solid black; width: 600px; height: 60px; background-color: #e0e0e0;"></div>
Date :	



Réponse de la ou des fondations	
<p>La ou les fondation(s) analysent, rendent leur décision et informent les acteurs concernés par le biais de communications officielles (lettre de décision transmise par courriel).</p> <p>La ou les fondation(s) peuvent valider si l'alignement d'un projet entre ou non dans leur mandat.</p>	
Pour tout questionnement sur l'orientation d'un projet, vous pouvez joindre les fondations :	
Fondation pour la Santé du Nord de Lanaudière Par téléphone : 450 759-8222, poste 2782 Par courriel : maude.malo@ssss.gouv.qc.ca	Fondation Santé Sud de Lanaudière Par téléphone : 450 654-7525, poste 21117 Par courriel : pjoncas@fondationsssl.ca

Annexe 1 : Visuel des deux dépôts

