

DEMANDE DE SUBVENTION / APPLICATION FOR FUNDS

- L'organisation qui demande des fonds doit remplir entièrement le formulaire de demande de fonds de la Fondation Santé Notre Dame.
- Le cas échéant, les documents à l'appui doivent être rattachés au formulaire de demande.
- Afin de mieux considérer une demande, le comité peut faire appel à l'organisme pour de plus amples renseignements.
- Une fois que le Comité a considéré une demande, il informera par écrit l'organisation qui demande des fonds de la décision prise.
- Les formulaires de demande peuvent être soumis du 1er janvier au 31 octobre; toute demande recevra un accusé de réception. Les subventions seront accordés au mois de février/mars suivant.
- Le comité peut décider qu'une demande soit subventionnée en totalité, en partie ou pas du tout. Toute organisation subventionnée doit soumettre (en six mois) un rapport d'évaluation. Dans le cas d'une demande portant sur un projet achevé, la Fondation demande que les factures accompagnent le rapport financier.
- Toute exception des critères pré-déterminés devra recevoir l'approbation formelle du conseil de la Fondation Santé Notre Dame. La décision du comité de sélection est définitive.
- The organization requesting funds must fully complete the Notre Dame Health Foundation's designated Application for Funds Form.
- Supporting documents, if any, must be attached to the application.
- The Selection Committee can call upon the organization for more information in order to better assess a request.
- Once the Committee has considered an application, it will advise the organization requesting funds of its disposition in writing.
- An Application for Funds Form may be submitted from January 1st to October 31st; an acknowledgment of receipt will be sent to every organization submitting a request. The application will be awarded the following February/March.
- The Committee may determine that a request be subsidized in full, partially or not at all. Any organization subsidized, must submit (within six months) an evaluation report. In the case of a request of a completed project, the Notre Dame Health Foundation requests that invoices accompany the financial report.
- All exceptions to established criteria are to receive formal approval from the Notre Dame Health Foundation Board. The Selection Committee's decision is final.

CRITÈRES

- L'activité ou le programme doit viser à avantager, venir en aide et assurer la santé mentale, spirituelle et physique des personnes âgées, handicapées, pauvres ou défavorisées.
- L'activités ou le programme doit viser une clientèle qui habite à l'intérieure des frontières telles spécifiées dans le Règlement général de la Fondation Santé Notre Dame Health Foundation Inc.
- L'organisme faisant la demande doit être un organisme de charité enregistré avec Revenu Canada.

CRITERIA

- The activity or program must aim to benefit, help or ensure the mental, spiritual and physical health of the elderly, the handicapped, the poor or the disadvantaged.
- The activity or program's target population must reside in the boundaries as specified in the Fondation Santé Notre Dame Health Foundation Inc.
- The organization requesting funds must be a non-profit organization registered with Revenue Canada.

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION

Nom de votre organisation: _____

Adresse: _____

Objectif de l'organisation: _____

**Répondre aux questions ci-dessous

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

Décrivez en quelques mots la clientèle qui bénéficiera de l'activité ou du programme.

Votre organisation est-elle régie par une constitution?

Oui Non

Si non, quel organisation parraine votre demande de subvention?

Votre clientèle habite à l'intérieur des frontières telles spécifiées dans le Règlement général de la Fondation Santé Notre Dame Health Foundation Inc.

Oui Non

Affiliation - Si votre organisme est affilié à un ou plusieurs groupes, veuillez le/les nommer:

Numéro d'organisme de charité assigné par le ministère fédéral du Revenu.

DESCRIPTION DU PROJET

Nom du projet:

Nom, poste et numéro de téléphone des dirigeants de votre organisme:

Objectif du projet:

Description du projet:

Échéanciers:

Veillez décrire l'importance du projet pour la clientèle cible.

CONTRAT / CONTRACT

L'organisme s'engage à remplir les obligations suivantes s'il reçoit une subvention:

- l'organisme subventionné par la Fondation Santé Notre Dame doit mentionner dans toutes ses activités de promotion et, en particulier, dans sa publicité, l'aide financière qu'il a reçue de la Fondation Santé Notre Dame.
- l'organisme subventionnée par la Fondation Santé Notre Dame doit présenter un **rapport d'évaluation**;
- l'organisme, sous réserve de l'approbation préalable de la Fondation, ne peut affecter les sommes reçues à des dépenses autres que celles pour lesquelles elles ont été versées à l'origine;
- l'organisme doit rendre accessible au grand public, et disponible à la Fondation le matériel documentaire de quelque nature que ce soit, produit dans le cadre de l'activité ou du programme subventionné par la Fondation.

Les représentants soussignés de l'organisation requérante déclarent que cette organisation est sans but lucratif et que les informations fournies sont, à leur connaissance, véridiques, complètes et correctes.

The organization will be obliged to do the following if it receives a subsidy:

- the organization subsidized by the Notre Dame Foundation must mention in all its promotional activities and, in particular, its advertisement the financial help it received from the Foundation;
- the organization subsidized by the Notre Dame Health Foundation must submit an **evaluation report**;
- the organization, unless otherwise approved by the Foundation, cannot use any monies it received from the Foundation it received from the Foundation for expenses other than those originally stated;
- the organization must make available to the public and the Foundation any documents related to the activity or program subsidized by the Foundation.

The undersigned representatives of the requesting organization declare that this organization is a non-profit organization and that the information provided is, to the best of their knowledge, true, complete and correct.

Responsable du projet/Project Representative

Numéro de téléphone/Phone Number

Date

Président de l'organisme/President of Organization

Numéro de téléphone/Phone Number

Date

À remplir s'il y a lieu | *To be completed (if applicable):*

L'organisme dont je suis le ou la président.e parraine la demande du requérant. |
The organization of which I am President is sponsoring the organization's Application of Funds.

Président.e de l'organisme-parrain/President of Sponsoring Organization

Numéro de téléphone/Phone Number

Date

Veillez envoyer votre demande de subvention au contact ci-dessous / Please send your grant application to contact below

 mgreniergaudet@southernhealth.ca



CP/Box 190 Notre Dame de Lourdes, MB
R0G 1M0