Lire les directives

**COORDONNÉES**

|  |  |
| --- | --- |
| Titre du projet : |   |
| Nom de l’organisme : |   |
| Personne-ressource : |   |
| Adresse postale : |   |
| Code postal : |   | Courriel : |   |
| No de télécopieur :  |   | No de téléphone : |   |

Quel est le meilleur moyen de vous joindre? Téléphone [ ]  Télécopieur [ ]  Courriel [ ]

**DATE LIMITE DU DÉPÔT DES DEMANDES : 17 h, LE 16 FÉVRIER 2018**

 **RENSEIGNEMENTS SUR LE PROJET**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date de début : | Cliquez ici pour sélectionner une date |  Date de fin : | Cliquez ici pour sélectionner une date. |

Description du projet (en 300 mots ou moins, décrivez le but du projet; les activités prévues pour chacun des buts; vos partenaires et leur rôle dans le projet; et l’évaluation du programme [la méthode que vous utiliserez pour évaluer votre programme et pour savoir si votre programme a donné des résultats]) :

Note : les rapports intérimaires et finaux avec photos sont obligatoires.

 **DÉTAILS DU FINANCEMENT**

Montant total demandé : **0 $** (zéro dollar et zéro cent)

|  |  |
| --- | --- |
| **Budget** | **Coûts prévus du projet** |
| 1. Fournitures et approvisionnements (notamment, tous les frais reliés au programme ou à l’atelier comme les fournitures, la publicité, la location de locaux, les collations, les boissons, les impressions, etc.)
 |  $ |
| 1. Frais de personnel (Nbre d’employés × nbre de jours × $/jour)
 |  $ |
| 1. Frais reliés aux services d’un animateur (notamment, pour les déplacements et l’hébergement)
 |  $ |
| 1. Sous-total (A+B+C) :
 |  $ |
| 1. Administration (5 % de D) :
 |  $ |
| **Coût total prévu du projet (D+E) :** |  **$** |

Joignez un plan de travail, s’il y a lieu.

 **LISTE DE VÉRIFICATION**

[ ]  J’ai lu les [directives](#directives) du Fonds pour les choix santé et je peux présenter une demande.

[ ]  J’ai dûment rempli mon formulaire de demande.

[ ]  J’ai fourni une preuve de souscription à une assurance de responsabilité civile qui n’expire pas avant le 31 mars de l’exercice financier;

[ ]  J’ai fourni une lettre du registraire des sociétés prouvant que je suis en règle ou une lettre attestant de ma constitution en personne morale;

[ ]  J’ai fourni trois lettres d’organismes de soutien qui décrivent de quelle façon ils apporteront leur soutien à mon projet.

[ ]  J’ai fourni la description du financement supplémentaire que je reçois ou pour lequel j’ai présenté une demande.

**Faites parvenir votre demande** par courriel à hcif@gov.nt.ca ou par télécopieur au
867-873-3585.

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse postale : | Gestionnaire de la promotion de la santé et du bien-êtreMinistère de la Santé et des Services sociaux Gouvernement des Territoires du Nord-OuestTél. : 867-767-9064, poste 49230Site Web : [www.hss.gov.nt.ca](http://www.hss.gov.nt.ca) |

**Directives**

Le Fonds pour les choix santé soutient les organismes admissibles qui optimisent l’influence des activités de promotion et de prévention dans le domaine de la santé et qui aident les personnes, les familles et les collectivités des Territoires du Nord-Ouest à adopter un mode de vie sain.

**Admissibilité au financement**

Pour être admissibles, les projets doivent respecter **tous** les critères suivants :

* Offrir un service ou un soutien concret à l’échelle communautaire, régionale ou territoriale;
* Démontrer le potentiel d’améliorer la santé de façon concrète et mesurable;
* Proposer des activités liées aux programmes et aux services existants à l’échelle communautaire ou régionale;
* Démontrer la capacité de nouer des partenariats fructueux avec d’autres organismes et de favoriser une approche intégrée visant la promotion et le soutien des choix santé;
* Être réalisés aux Territoires du Nord-Ouest.

Priorité dans le cas de projets concurrents

Si les fonds disponibles ne suffisent pas à financer de multiples projets concurrents, la priorité sera accordée aux projets qui :

* favorisent des partenariats;
* démontrent leur durabilité.

Demandeurs admissibles

* Les gouvernements autochtones des Territoires du Nord-Ouest reconnus par le ministère des Affaires autochtones et des Relations intergouvernementales.
* Les administrations communautaires (les conseils de bandes, les associations locales des Métis, les communautés à charte ou les conseils municipaux).
* Les organismes non gouvernementaux en mesure de démontrer qu’ils sont présents auprès des Ténois autochtones et qu’ils ont établi un partenariat avec un gouvernement autochtone ou une administration communautaire, ou obtenu leur appui.
* Les administrations des services de santé et des services sociaux.