



FONDS POUR LE MIEUX-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET LE RÉTABLISSEMENT DES DÉPENDANCES

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

2025-2026

A black and blue background

Description automatically generated

Table des matières

[Description 2](#_Toc98934155)

[Détails du financement 2](#_Toc98934156)

[SOUMETTRE UNE DEMANDE 2](#_Toc98934157)

[Renseignements sur le programme 3](#_Toc98934158)

[Titre du programme 3](#_Toc98934159)

[Description du programme 3](#_Toc98934160)

[Évaluation du programme 3](#_Toc98934161)

[Partenariat avec la collectivité 3](#_Toc98934162)

[Budget 4](#_Toc98934163)

[Déclaration 4](#_Toc98934164)

# Description

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Personne-ressource : | | | |
| Nom de l’organisme : | | | |
| Téléphone : | | Courriel : | |
| **Adresse postale** | | | |
| Numéro, rue et no d’appartement et case postale | | | |
| Collectivité | Territoire  **Territoires du Nord-Ouest** | | Code postal |

# Détails du financement

Veuillez identifier le fonds pour lequel vous présentez votre demande (veuillez sélectionner tous ceux qui s’appliquent) :

|  |  |
| --- | --- |
| Fonds communautaire de prévention du suicide | Fonds pour le mieux-être psychologique et le rétablissement des dépendances |
|  |  |
|  |  |

Pour plus d’informations sur les exigences spécifiques de chaque fonds, veuillez consulter le site :

* <https://www.hss.gov.nt.ca/fr/about/subventions-et-contributions>

## SOUMETTRE UNE DEMANDE

* Si vous soumettez une demande pour plusieurs fonds pour soutenir le même projet :
  + Veuillez vous assurer que votre demande identifie clairement les liens entre chaque objectif des fonds et votre projet.
  + Veuillez utiliser le gabarit de budget fourni.
* Si vous soumettez une demande pour plusieurs projets différents :
  + Veuillez remplir un formulaire de demande de financement et un budget séparés pour chaque projet.

Si vous avez des questions, veuillez nous contacter à [mha@gov.nt.ca](mailto:mha@gov.nt.ca)

# Renseignements sur le programme

## Titre du programme

### Description du programme

Expliquez ce que vous avez prévu et votre objectif. Indiquez entre autres le lieu de votre programme, les dates et les groupes cibles (par exemple, l’âge et le sexe).

### Évaluation du programme

Expliquez comment votre programme fera la différence. Indiquez votre but.

### Partenariat avec la collectivité

Expliquez votre partenariat avec la collectivité ainsi que le nombre et le type de soutien qu’il apporte afin d’améliorer la mise en œuvre du programme.

# Budget

Veuillez détailler le montant que vous prévoyez pour chaque catégorie budgétaire. Veuillez utiliser la feuille de calcul Excel ci-jointe pour votre proposition de budget.

# Déclaration

Ces renseignements sont recueillis en vertu du sous-alinéa 40c)(i) de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée*, de la *Loi sur les renseignements sur la santé* et des règlements associés. Ils seront utilisés aux fins de surveillance du Fonds pour le mieux-être psychologique et le rétablissement des dépendances et de son programme, de même qu’à des fins d’administration générale et d’application de ces fonds et de ces programmes.

Les dispositions de ces deux lois relatives à la protection de la vie privée protègent ces renseignements, et je comprends que les informations fournies dans cette demande peuvent être accessibles en vertu de ces textes législatifs. Toute question relative à la collecte, à l’utilisation ou à la divulgation des renseignements personnels (sur la santé) figurant dans le présent formulaire peut être envoyée à la Division du mieux-être psychologique et du rétablissement des dépendances par courriel à [mha@gov.nt.ca](mailto:mha@gov.nt.ca).

J’atteste que les renseignements donnés sont exacts et complets et que le rapport est présenté de bonne foi.

Signature : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nom (en caractères d’imprimerie) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Titre de la personne autorisée à engager les dépenses : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date de signature (jour-mois-année) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Envoyez les demandes remplies à [mha@gov.nt.ca](mailto:mha@gov.nt.ca) ou par télécopieur au 867-873-7706.