|  |
| --- |
| Titre du programme :  |
| Nom de l’organisation :  |
| Nom et titre de la personne-ressource :  |
| Adresse postale :  |
| Téléphone :  | Télécopieur :  |
| Courriel :  |
| Financement total demandé :  |
| 1. Description : (Buts et objectifs; comment les activités prévues contribuent-elles à améliorer le bien-être de la collectivité, tout en améliorant la santé mentale et la sensibilisation au suicide? Détails sur le lieu, les activités, les dates, les groupes cibles, etc.)  |
| 2. Comment ces activités appuient-elles les buts et les objectifs de bien-être de votre collectivité ou de votre région dans son ensemble?  |
| 3. Décrivez comment les activités prévues seront réalisées en partenariat avec l’administration des services de santé et des services sociaux de votre région. (Par exemple, un partenariat avec votre centre de santé local, un programme de counseling communautaire ou un conseiller local en soins à l’enfance et à la jeunesse) |
| 4. Plan d’évaluation du programme : comment allez-vous évaluer les activités? (Comment saurez-vous que vous avez atteint vos objectifs?)*Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) appuiera les collectivités en mettant à leur disposition, sur demande, les recherches et les ressources d’évaluation ministérielles.*  |

PLAN DE TRAVAIL

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Activités du programme : Qu’allez-vous faire? | Résultats du programme : Que voulez-vous accomplir? | Indicateurs de succès : Comment saurez-vous que cela a été efficace? | Liens : avec qui travaillerez-vous? Qui sont les partenaires?Avez-vous établi des liens avec les partenaires? Avez-vous communiqué avec les partenaires identifiés et se sont-ils engagés à participer? |
|   |   |    |   |

|  |  |
| --- | --- |
| BUDGETProjet du Fonds communautaire de prévention du suicide | Coûts prévus du projet |
| 1. Fonds communautaire de prévention du suicide
 |  |
| Description du budget :  |    |
| 1. Sous-total
 |   |
| 1. Administration – (maximum 5 % de B) :
 |   |
|  Total des coûts prévus du projet (B+C) : |   |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début du projet :  | Date de fin du projet :  |

|  |
| --- |
| Déclaration du demandeurCes informations sont recueillies en vertu de l’alinéa 40(c)i) de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée* et des règlements connexes.*Elles seront utilisées pour déterminer l’admissibilité au financement dans le cadre du Fonds communautaire de prévention du suicide ainsi que pour la gestion générale et l’application de ce fonds*.Les dispositions de la *Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée* relatives à la protection de la vie privée protègent mes informations, et je comprends que les informations fournies dans cette demande peuvent être accessibles en vertu de cette loi. Toute question relative à la collecte et à l’utilisation des informations personnelles figurant sur ce formulaire peut être adressée à Ethel Blake, consultante sur les programmes de guérison sur les terres ancestrales et de développement communautaire au SuicidePrevention@gov.nt.ca. Considérations relatives à la COVID-19Je comprends que je suis responsable de me conformer aux arrêtés émis par l’administratrice en chef de la santé publique en vertu de la *Loi sur la santé publique* des Territoires du Nord-Ouest. Je comprends que le ministère de la Santé et des Services sociaux n’est pas responsable de la conformité de ce projet à tout arrêté actuel ou futur émis par l’administratrice en chef de la santé publique.Je certifie que les informations fournies sont exactes et complètes. |
| Signature et titre de la personne autorisée à engager les dépenses : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Date de signature (jour/mois/année) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

Envoyez les demandes remplies à : SuicidePrevention@gov.nt.ca