

FORMULAIRE DE RAPPORT
FONDS POUR LE MIEUX-ÊTRE PSYCHOLOGIQUE ET LE RÉTABLISSEMENT DES DÉPENDANCES
2025-2026



TABLE DES MATIÈRES

[Description 2](#_Toc119919313)

[Détails du financement 2](#_Toc119919314)

[Renseignements sur le programme 3](#_Toc119919315)

[Rapport financier 5](#_Toc119919316)

[Déclaration 5](#_Toc119919317)

# Description

|  |
| --- |
| Nom de la personne-ressource : |
| Nom de l’organisation : |
| Numéro de téléphone : |
| **Adresse courriel :** |
| **Adresse postale :** |
| No d’appartement, numéro et nom de rue et case postale : |
| Collectivité | Territoire**Territoires du Nord-Ouest**  | Code postal |

# Détails du financement

Veuillez identifier le fonds pour lequel vous remplissez ce rapport (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 à chaque fonds, veuillez consulter le

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

INSTRUCTIONS

Si vous avez eu recours à plusieurs fonds dans le cadre de différents projets, veuillez soumettre un rapport financier distinct pour chacun d’entre eux.

Si vous avez des questions, veuillez nous contacter à mha@gov.nt.ca.

# Renseignements sur le programme

Titre du ou des programme(s) :

**Description**

1. Expliquez ce que vous aviez prévu de faire et ce que vous avez fait. Merci d’indiquer le lieu et les dates du ou des programme(s), les activités effectuées, les groupes ciblés (p. ex., l’âge et le sexe) ainsi que le nombre de participants.
2. Comment les activités effectuées dans le cadre du ou des programme(s) sont-elles liées au bien-être mental des participants, au rétablissement des dépendances ou à la réduction des risques?

**Évaluation**

1. Expliquez ce qui a bien fonctionné et ce que vous feriez différemment.
2. Combien de personnes ont participé aux activités effectuées dans le cadre du ou des programme(s)? Veuillez fournir des informations sur le nombre de personnes distinctes ayant participé.

|  |  |
| --- | --- |
| Fonds | Nombre de personnes distinctes ayant participé au programme |
| Fonds pour le mieux-être psychologique et le rétablissement des dépendances  |   |
| Fonds communautaire de prévention du suicide |  |

**Résultats**

Qu’est-ce qui a changé dans votre collectivité depuis que vous avez mis en œuvre ce ou ces programme(s)? Qu’est-ce qui est différent dans la vie des participants?

Avez-vous recueilli des commentaires des participants à propos du ou des programme(s)? Si oui, quel genre de commentaire avez-vous reçu?

Êtes-vous satisfait de ce financement? Pourquoi?

# Rapport financier

**Veuillez soumettre un rapport financier distinct pour chaque fonds auquel vous avez eu recours.**

\* Pour les accords d’une valeur de 250 000 $ ou plus par an, des états financiers audités doivent être soumis séparément, conformément aux termes de l’accord de financement.

# 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.

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

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

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

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

Merci d’envoyer le formulaire rempli par courriel à mha@gov.nt.ca ou par télécopieur au 867-873-7706.