

Fonds pour le mieux-être - Formulaire de demande

À NOTER : Certaines questions du présent formulaire visent à aider les membres des Conseils communautaires de santé (CCS) à déterminer si leur projet correspond aux buts et objectifs du Fonds pour le mieux-être. Si vous souhaitez lire toutes les questions avant de remplir la demande, cliquez sur les trois points en haut à droite puis sélectionner « Télécharger »; le document renfermant les questions sera téléchargé en format PDF. Veuillez **NE PAS** utiliser le document PDF pour faire votre demande, mais le présent site Web. Une fois terminé, vous pouvez télécharger le formulaire pour vos dossiers. En cas de difficultés techniques liées au site Web, veuillez envoyer un courriel à l'adresse correspondant à votre secteur :

westernCHBs@nshealth.ca northernCHBs@nshealth.ca easternCHBs@nshealth.ca centralCHBs@nshealth.ca

Veuillez prendre connaissance des lignes directrices et de la FAQ du Fonds pour le mieux-être, puis cochez la confirmation ci-dessous. **Wellness Fund Guidelines - English Lignes directrices du Fonds pour le mieux-être - Français**

Je confirme avoir lu les lignes directrices du Fonds pour le mieux-être.

À quel Conseil communautaire de santé (CCS) faites-vous votre demande? (Choisissez une seule réponse.)

- Ouest - Annapolis
- Ouest - East Kings
- Ouest - Kings West
- Ouest - Conseil de santé de Clare
- Ouest - Digby and Area
- Ouest – Lunenburg County
- Ouest - Queens
- Ouest - Shelburne
- ... 16 autres choix masqués...
- Centre - West Hants Uniacke
- Est – Antigonish Town and County
- Est - Central Cape Breton
- Est - Central Inverness
- Est – East Cape Breton County
- Est – Guysborough County
- Est - North Inverness
- Est - Northside the Lakes
- Est - Strait Richmond
- Est – Victoria County

 *****Si vous présentez une demande à d'autres Conseils communautaires de santé (CCS) pour le même projet, veuillez indiquer ci-dessous les autres conseils ainsi que le financement demandé à chacun d'eux (vous devez présenter une demande distincte à chacun des Conseils communautaires de santé) :**



Autres CCS

Financement demandé

Coordonnées

REMARQUE 1 : Si vous faites partie d'un organisme ou d'un projet/programme provincial, **veuillez indiquer le nom et le lieu;** par exemple : « YWCA et nom de la ville », ou « ÉcolesPlus et nom de l'école » **REMARQUE 2 :** Les courriels automatisés provenant de SurveyMonkey Apply seront envoyés à l'adresse courriel que vous avez utilisée pour créer votre compte. Si vous fournissez une autre adresse courriel dans cette demande, vous devrez quand même vérifier les mises à jour automatiques envoyées à l'autre adresse courriel. **À noter : Il arrive que les mises à jour automatiques soient placées dans la boîte des courriels indésirables.**

Nom du groupe ou de l'organisme :

Branche ou lieu

Titre du projet

Personne-ressource et titre

Adresse Ligne 1 _____
Adresse Ligne 2 _____
Ville _____
Province • Nouvelle-Écosse
Code postal _____
Téléphone _____
Courriel _____
Nom de l'autre personne-ressource _____
Autre numéro de téléphone _____

Type d'organisme (Cochez tout ce qui s'applique.)

- Groupe communautaire local (p. ex. : groupes sociaux, réseaux, comités)
 Groupe/organisme non enregistré à but non lucratif
 Groupe/organisme enregistré à but non lucratif (p. ex. : enregistré auprès du Registre des sociétés de capitaux)

Il n'y a pas de renouvellement de financement pour un même projet dans une même communauté. La présente demande concerne-t-elle un projet nouveau dans une communauté du secteur géographique du Conseil communautaire de santé?

- Oui
 Non

SI « NON », CE PROJET N'EST PAS ADMISSIBLE.

En cas de difficultés techniques liées au présent formulaire électronique, veuillez envoyer un courriel à l'adresse correspondant à votre secteur : westernCHBs@nshealth.ca northernCHBs@nshealth.ca easternCHBs@nshealth.ca centralCHBs@nshealth.ca

À propos de votre organisme

1. Veuillez fournir un court résumé sur votre groupe ou organisme (en précisant ses objectifs et son domaine d'intérêt) :


À propos de votre projet


2. Description du projet

- a. Veuillez fournir un court résumé du but de votre projet (pas plus de trois lignes) :

- b. Dans quelle communauté votre projet se déroulera-t-il? **Décrivez les résultats que le projet aura à l'échelle locale et indiquez le nombre approximatif de participants.** (Veuillez indiquer les communautés du secteur géographique du Conseil communautaire de santé auquel vous faites votre demande.)

- c. \ Autres détails sur le projet (fréquence, c'est-à-dire jours/heures, nombre de participants, etc.)

 d. Date de début du projet
____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ)

 Date de fin du projet
____ / ____ / ____ (AAAA/MM/JJ)

Pas de date de fin du projet

3. Veuillez décrire ci-dessous les objectifs du projet ainsi que les résultats prévus : ([LIEN : « HEALTH IMPACT PYRAMID »](#))

a.	Objectif (ce que vous prévoyez d'accomplir)	Résultat
		(Indiquez quels sont les déterminants de la santé et/ou les priorités du plan communautaire en matière de santé que cet objectif concerne.)
Objectif 1	_____	_____
Objectif 2	_____	_____
Objectif 3	_____	_____
Objectif 4	_____	_____
Objectif 5	_____	_____

À NOTER : Un nouveau plan communautaire en matière de santé sera publié en 2025.

4. Comment mesurerez-vous les résultats obtenus? Comment saurez-vous qu'ils ont été atteints?

5. Veuillez indiquer tous les partenaires (p. ex. : groupes/organismes, individus, agences) qui ont accepté de participer à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet, ainsi que leurs coordonnées.

	Nom du partenaire	Brève description de sa participation au projet
1	_____	_____
2	_____	_____
3	_____	_____
4	_____	_____
5	_____	_____

6. Groupes prioritaires et équité

a. Veuillez indiquer le(s) groupe(s) prioritaire(s) ainsi que la façon dont le projet influera sur l'équité pour divers groupes du secteur géographique du Conseil communautaire de santé qui est concerné (p. ex. : Premières Nations, personnes vivant dans la pauvreté, immigrants, personnes 2SLGBTQIA+, jeunes, aînés, etc.).

b. Expliquez comment le ou les groupes ciblés ont participé à la planification du projet.

c. Expliquez ce que vous avez fait pour lutter contre les obstacles à la participation du ou des groupes ciblés par le projet (p. ex. transport, langue, coût, culture).

d. Le projet sera-t-il proposé dans des langues autres que l'anglais? Veuillez préciser.

7. Veuillez expliquer comment vous comptez poursuivre ce projet au-delà de la période liée au Fonds pour le mieux-être, avec de nouveaux partenaires ou d'autres sources de financement. (En ce qui concerne les projets qui ont déjà été financés, le financement ne sera pas renouvelé. Pour les autres sources de financement possibles, veuillez vous renseigner auprès du coordonnateur du Centre communautaire de santé de votre région.)

Budget

8. Veuillez fournir un budget détaillé pour l'ensemble de votre projet. Indiquez le coût total ainsi que le montant demandé au titre du Fonds pour le mieux-être.

Description	Description	Montant demandé au Conseil communautaire de santé	Montant total demandé à d'autres Conseils communautaires de santé
Honoraires/salaire/frais de déplacement (animateurs, personnel, conférenciers, etc.)	_____	_____	_____
Matériel et fournitures (p. ex. : imprimés, copies, fournitures diverses)	_____	_____	_____
Publicité et promotion	_____	_____	_____
Services pour les participants (garderie, transport interprètes, etc.)	_____	_____	_____
Nourriture et boissons	_____	_____	_____
Location de locaux	_____	_____	_____
Location ou achat d'équipement	_____	_____	_____
Autres articles	_____	_____	_____
Description	Montant provenant d'un autre partenaire, source de financement ou en nature		
Honoraires/salaires/frais de déplacement (animateurs, personnel, conférenciers, etc.)	_____		
Matériel et fournitures (p. ex. imprimés, photocopies, fournitures diverses)	_____		
Publicité et promotion	_____		

Services pour les participants
(garderie, transport, interprètes,
etc.) _____

Nourriture et boissons _____

Location de locaux _____

Location ou achat d'équipement _____

Autres articles _____

Montant demandé au
Conseil communautaire
de santé

Montant total demandé à
d'autres Conseils
communautaires de
santé

Montant provenant d'un
autre partenaire, source
de financement ou en
nature

SOUS-TOTAUX _ _ _

COÛT TOTAL DU PROJET _____({{ SUM(q0[:1]) + SUM(q0[:2]) + SUM(q0[:3]) }})

MONTANT TOTAL - FONDS POUR LE MIEUX-ÊTRE
_____({{ SUM(q0[:1]) }})

En cas de difficultés techniques liées au présent formulaire électronique, veuillez envoyer un courriel à l'adresse correspondant à votre secteur : westernCHBs@nshealth.canorthernCHBs@nshealth.caeasternCHBs@nshealth.ca centralCHBs@nshealth.ca

Chèque à l'ordre de : nom et coordonnées de l'**organisme** qui recevra les fonds pour votre projet. (À Noter : Nous ne pouvons pas faire un chèque à un individu, seulement à un organisme.)

Nom du groupe ou de l'organisme _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_0 }})

Personne-ressource _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_2 }})

Tél. de la personne-ressource _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_8 }})

Adresse ligne 1 _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_3 }})

Adresse ligne 2 _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_4 }})

Ville _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_5 }})

Province _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_6 }})

Code postal _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_7 }})

Courriel _____({{ submission.var_1147124_3IPerc4UFA_9 }})