ᑲᑐᑎᓗᒍ ᓄᓇᕗᑦ ᐱᕈᖅᐸᓕᐊᑎᓪᓗᒍ
Building Nunavut Together
Nunavuliuqatigiingniq
Bâtir le Nunavut ensemble

PRÉVENTION DU SUICIDE – FORMULAIRE DE DEMANDE 2021-2022

Section A **Date**

Renseignements généraux	
Nom de l'organisme :	Principale personne-ressource :
Téléphone :	Télécopieur :
Municipalité :	Adresse de courriel :
Adresse postale :	Numéro d'entreprise :

Gestion du projet	
Nom du projet	Responsable du projet – poste occupé et fonction

Type d'organisme	Champ d'activité de l'organisme	Utilisation des fonds
* Veuillez fournir une copie de votre enregistrement de statut juridique.	* Veuillez cocher tout ce qui s'applique.	* Veuillez cocher tout ce qui s'applique.
☐ Organisme sans but lucratif	☐ Planification stratégique	☐ Planification stratégique
☐ Administration communautaire (ou municipale)	☐ Recherche	☐ Recherche
☐ Organisme inuit régional	☐ Formation communautaire	☐ Formation communautaire
	☐ Apprentissage socioaffectif	☐ Apprentissage socioaffectif
	☐ Initiatives pour le mieux-être	☐ Initiatives pour le mieux-être
	☐ Planification des immobilisations	☐ Planification des immobilisations
	☐ Réduction des comportements impulsifs	☐ Réduction des comportements impulsifs
	☐ Réseaux de soutien	☐ Réseaux de soutien
		☐ Autre (veuillez préciser)

Détails relatifs à l'organisme (veuillez ajouter des pages supplémentaires au besoin)

En quoi consistent la vision, la mission et les valeurs de votre organisme?

Section B – Renseignements sur le projet

Nom ou titre du projet :

Courte description du projet * Veuillez ajouter des pages supplémentaires au besoin.
1. Quel est l'objectif de votre projet? L'objectif de ce projet est de...

2. Comment prévoyez-vous atteindre cet objectif? (Expliquez comment vous fonctionnerez, précisez les activités liées au projet.)

3. Qui participera à ce projet? Quel âge ont les participants?

4. Des aînés participeront-ils au projet?

5. Selon vous, quel est l'avantage de mettre sur pied ce programme? Changer des comportements? Objectifs de ce programme?

6. Quelles sont les dates de début et de fin du projet?

Du côté gauche du tableau suivant, veuillez préciser **tous** les coûts du projet. Puis, du côté droit, précisez **tous** les fonds liés au projet et leur provenance. En un mot, le côté gauche du tableau montre tout ce que vous aurez à débourser pour réaliser l'ensemble du projet. Du côté droit, vous devez indiquer où vous trouverez les fonds nécessaires; par conséquent, le **coût total du projet** et le **total des fonds prévus pour le projet** doivent être les mêmes.

Coûts du projet – renseignements sur la proposition		Fonds reçus pour le projet	
Frais de location		Fonds de l'organisme à consacrer au	
Frais de voyage		Fonds attendus du volet prévention du suicide du GN	
Matériel		Autres fonds de programmes du GN	
Honoraires du formateur		Programmes fédéraux	
Interprétation		Organismes Inuits	
Nourriture		Autre (veuillez préciser)	
Fournitures			
Réunions communautaires			
Frais d'administration			
Autre (veuillez préciser)			
Total		**Total**	

******VEUILLEZ UTILISER DES PAGES SUPPLÉMENTAIRES AU BESOIN.

Déclaration du demandeur au ministère de la Santé – Qualité de vie

1. Je confirme que les renseignements contenus dans cette demande sont, au meilleur de mes connaissances et de mes capacités, exacts et véridiques.
2. Je confirme que le soutien financier du ministère de la Santé constitue un facteur important dans la décision de réaliser ou non ce projet.
3. Je m'engage à fournir tous les renseignements exigés par le ministère de la Santé pour procéder à l'évaluation de ce projet.
4. J'accepte de fournir des renseignements et des rapports financiers comme demandé dans l'entente de subventions et de contributions.

Signature du demandeur :	Date :
Nom (en lettres moulées) :	

Langue de correspondance préférée :

- ☐ Inuktitut
- ☐ Innuinaqtun
- ☐ Anglais
- ☐ Français

Tous les renseignements demandés en appui à votre demande ont été fournis : Oui ____ Non ____

*****À L'USAGE DU BUREAU SEULEMENT*****

Date de réception

RÉGION : ☐ Qikiqtaaluk ☐ Kivalliq ☐ Kitikmeot

Signature d'un témoin :

Nom (en lettres moulées) :

Date :

Approuvée par : Oui _____ Non _____ motif du refus_____

Directeur ou directrice _____

Spécialiste en mieux-être communautaire _____