Centraide/United Way S. D. &G.:
Fonds d’urgence pour l’appui communautaire (FUAC) –

Demande de subvention pour les programmes communautaires

La COVID-19 est une priorité pour tout le monde et affecte la façon dont nous soutenons tous ceux qui sont vulnérables dans nos communautés. Cette pandémie a entraîné une augmentation de la demande de services locaux, des pénuries d’approvisionnement et des perturbations dans les services.

Au Canada, les Centraide et les United Way sont heureux d’apporter leur soutien aux organismes locaux de services communautaires qui fournissent une aide communautaire d’urgence **rapide** aux membres vulnérables des communautés. Les organismes peuvent faire une demande de subvention, et les demandes sont évaluées à l’échelle locale. Nous souhaitons que le processus de demande soit simple. Vous aurez besoin de 15 à 30 minutes pour remplir la demande.

Ce financement est distribué dans le cadre du Fonds d’urgence pour l’appui communautaire (FUAC) d’Emploi et Développement social Canada (EDSC). Avant de commencer, nous vous invitons à lire la Foire aux questions pour bien comprendre quelles activités et dépenses sont autorisées dans le cadre de ce financement d’urgence à l’intention des donataires reconnus.

DIRECTIVES : Cette demande comprend cinq parties.

* Partie 1 – Admissibilité
* Partie 2 – Le donataire reconnu (votre organisme)
* Partie 3 – Information relative au service
* Partie 4 – Demande de subvention, budget et information financière
* Partie 5 – Autorisation et confirmation
* Date d’ouverture des demandes : le 05 oct 2020
* Demandes dues le : Demandes continues, du 10/05/20 au 30/05/20
* Décisions relatives aux demandes : Les demandes seront examinées et les décisions seront prises à mesure que les demandes seront reçues.

Si vous avez des questions ou souhaitez obtenir de l’aide pour remplir cette demande, **s’adresser à** :

Susan Currier, Office Coordinator

admin@unitedwaysdg.com

 613-932-2051

# PARTIE 1 – ADMISSIBILITÉ

1.1 Est admissible à remplir cette demande tout organisme qui (veuillez cocher les cases suivantes) :

[ ]  est un organisme de bienfaisance enregistré au Canada, ou un autre donataire reconnu,

[ ]  a un conseil d’administration bénévole qui se réunit régulièrement,

[ ]  tient une assemblée générale annuelle,

[ ]  a des états financiers qui ont été audités par un expert-comptable agréé (ou un examen financier pour les organismes de bienfaisance ou sans but lucratif dont les revenus annuels sont inférieurs à 100 000 $),

[ ]  s’engage à fournir un soutien d’urgence admissible à un ou plusieurs groupes de personnes vulnérables, tels que définis par EDSC, les fonds devant être utilisés intégralement d’ici le 31 mars 2021,

[ ]  n’a pas déjà reçu de financement pour les mêmes activités de la part du gouvernement du Canada ou d’une autre source (c.-à-d. que l’organisme ne reçoit pas de financement pour la même activité de plus d’une source),

[ ]  s’engage à ce que le financement public des activités proposées dans cette demande ne dépasse pas 100 % (y compris toute combinaison de financement municipal, provincial ou territorial, ou fédéral),

[ ]  accorde la permission de partager cette demande et ses coordonnées avec les Fondations communautaires du Canada et la Croix-Rouge canadienne pour l’examen et la coordination du financement.

1.2 L’organisme s’est-il adressé à un autre bailleur de fonds (c.-à-d., la Croix-Rouge canadienne ou les Fondations communautaires du Canada) pour cette demande particulière?

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Si oui, veuillez préciser lequel :  |  | et le montant : |  |

Si oui, veuillez indiquer si cette demande couvre différentes dépenses au sein de ce service.

[ ]  Oui [ ]  Non

# PARTIE 2 – LE DONATAIRE RECONNU (votre organisme)

2.1 Qui est la personne-ressource pour cette demande?

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la personne-ressource : |  |
| Titre du poste : |  |
| Courriel : |  |
| Téléphone : |  |

2.2 Quel organisme est le donataire reconnu?

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisme (dénomination sociale) : |  |
| Adresse postale ou boîte postale : |  |
| Nom de la communauté/région : |  |
| Province ou territoire : |  |
| Code postal : |  |
| Site Web de l’organisme : |  |
| Autres médias sociaux : |  |
| No d’organisme de bienfaisance enregistré/No de constitution en personne morale :  |  |
| Mission de l’organisme (25 mots max.) : |  |

# PARTIE 3 – INFORMATION RELATIVE AU SERVICE

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du service : |  |
| Description d’une ligne (25 mots max.) : |  |

3.1 Populations vulnérables desservies

Utilisez les colonnes pour sélectionner les principales populations (jusqu’à trois) et toutes les populations pertinentes :

| **PRINCIPALES POPULATIONS (3 max.)** | **TOUTES LES POPULATIONS PERTINENTES** |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***Populations – enfants, jeunes ou aînés*** |
|[ ] [ ]  Enfants et jeunes : tous |
|[ ] [ ]  Enfants et jeunes : jeunes qui cessent d’être pris en charge |
|[ ] [ ]  Enfants et jeunes : âgés de 0 à 18 ans |
|[ ] [ ]  Enfants et jeunes : âgés de 19 à 29 ans |
|[ ] [ ]  Aînés : non pris en charge |
|[ ] [ ]  Aînés : recevant des soins |
|  |  | ***Populations nécessitant des soins ou soutiens particuliers*** |
|[ ] [ ]  Personnes en situation d’itinérance |
|[ ] [ ]  Personnes à faible revenu ou vivant dans la pauvreté |
|[ ] [ ]  Personnes souffrant d’une maladie mentale |
|[ ] [ ]  Personnes aux prises avec une dépendance |
|[ ] [ ]  Personnes handicapées |
|[ ] [ ]  Personnes victimes de violence familiale ou fondée sur le sexe |
|[ ] [ ]  Personnes vivant dans des foyers de groupe ou des logements supervisés (âgées de moins de 55 ans) |
|[ ] [ ]  Populations carcérales (personnes détenues et incarcérées) |
|[ ] [ ]  Anciens combattants |
|  |  | ***Populations autochtones*** |
|[ ] [ ]  Autochtones : tous |
|[ ] [ ]  Autochtones : Premières Nations |
|[ ] [ ]  Autochtones : Inuits |
|[ ] [ ]  Autochtones : Métis |
|  |  | ***Communautés racialisées*** |
|[ ] [ ]  Tous |
|[ ] [ ]  Sud-Asiatiques |
|[ ] [ ]  Chinois |
|[ ] [ ]  Noirs  |
|[ ] [ ]  Philippins |
|[ ] [ ]  Latino-Américains |
|[ ] [ ]  Arabes |
|[ ] [ ]  Asiatiques du Sud-Est |
|[ ] [ ]  Asiatiques occidentaux |
|[ ] [ ]  Coréens |
|[ ] [ ]  Japonais |
|[ ] [ ]  Autre(s) groupe(s) non inclus ailleurs |
|  |  | ***Genre, identité sexuelle et nouveaux arrivants*** |
|[ ] [ ]  Membres des communautés LGBTQ2+ |
|[ ] [ ]  Nouveaux arrivants : tous |
|[ ] [ ]  Nouveaux arrivants : résidents permanents (immigrants et réfugiés) |
|[ ] [ ]  Nouveaux arrivants : résidents temporaires |
|[ ] [ ]  Femmes et filles |
|  |  | ***Travailleurs vulnérables*** |
|[ ] [ ]  Travailleurs essentiels |
|[ ] [ ]  Travailleurs étrangers temporaires |
|[ ] [ ]  Travailleurs sur le marché du travail informel |
|  |  | ***Minorités linguistiques*** |
|[ ] [ ]  Communautés de langue officielle en situation minoritaire (CLOSM) |
|[ ] [ ]  Autres minorités linguistiques |
|  |  | ***Autres*** |
|[ ] [ ]  Aidants |
|[ ] [ ]  Étudiants (de niveau postsecondaire) |
|[ ] [ ]  Préciser : personnes avec plusieurs maladies chroniques |

3.2 Types de services et suivi des résultats

Sélectionnez tous les services pertinents et au moins trois résultats aux fins de suivi :

| **Type de service** | **Suivi des résultats** |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  |  | ***Sécurité alimentaire*** |
|  |[ ]  Nombre de repas fournis (veuillez préciser la source, c.-à-d., épiceries, banques alimentaires, etc.) |
|  |[ ]  Nombre de paniers alimentaires fournis |
|  |[ ]  Nombre d’articles essentiels fournis (veuillez décrire les articles essentiels)  |
|  |[ ]  Nombre de livraisons effectuées |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés  |
|  |[ ]  Nombre d’employés formés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Bien-être financier***  |
|  |[ ]  Nombre d’individus ou de familles dirigés vers des programmes de soutien au revenu  |
|  |[ ]  Nombre de séances d’information ou de consultation financière fournies |
|  |[ ]  Nombre de références effectuées |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés  |
|  |[ ]  Nombre d’employés formés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Soins à domicile ou services de soutien personnel*** |
|  |[ ]  Nombre d’articles essentiels fournis (veuillez décrire les articles essentiels) |
|  |[ ]  Nombre de visites de soins à domicile assurées/organisées |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés  |
|  |[ ]  Nombre d’employés formés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Santé et hygiène*** |
|  |[ ]  Nombre de séances d’information sur la santé fournies |
|  |[ ]  Nombre de livraisons d’articles médicaux effectuées |
|  |[ ]  Nombre de livraisons d’articles d’hygiène effectuées (veuillez décrire les articles d’hygiène) |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés  |
|  |[ ]  Nombre d’employés formés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Information et aiguillage*** |
|  |[ ]  Nombre d’appels (de plus d’une minute) |
|  |[ ]  Nombre de contacts à distance effectués (un contact compté par individu) |
|  |[ ]  Nombre de références effectuées (une référence comptée par individu) |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Aide juridique*** |
|  |[ ]  Nombre d’appels (de plus d’une minute) |
|  |[ ]  Nombre de contacts à distance (un contact compté par individu) |
|  |[ ]  Nombre de références effectuées  |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Santé mentale et bien-être*** |
|  |[ ]  Nombre d’appels (de plus d’une minute) |
|  |[ ]  Nombre d’appels effectués (un appel compté par individu)  |
|  |[ ]  Nombre de consultations à distance (une consultation comptée par individu) |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Refuges*** |
|  |[ ]  Nombre de contacts à distance (un contact compté par individu) |
|  |[ ]  Nombre de nuits en refuge offertes |
|  |[ ]  Nombre de personnes accueillies |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Sécurité personnelle*** |
|  |[ ]  Nombre de contacts à distance (un contact compté par individu) |
|  |[ ]  Nombre de références en matière de sécurité effectuées |
|  |[ ]  Nombre d’évaluations en matière de sécurité effectuées |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Inclusion sociale et apprentissage*** |
|  |[ ]  Nombre d’appels (de plus d’une minute) |
|  |[ ]  Nombre de contacts à distance (un contact compté par individu) |
|  |[ ]  Nombre d’activités sociales virtuelles offertes |
|  |[ ]  Nombre d’aides à l’apprentissage fournies |
|  |[ ]  Nombre d’activités d’apprentissage offertes |
|  |[ ]  Nombre d’apprenants engagés |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Nombre d’employés embauchés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  |  | ***Transport*** |
|  |[ ]  Nombre de personnes véhiculées |
|  |[ ]  Nombre de courses effectuées |
|  |[ ]  Nombre de bénévoles formés |
|  |[ ]  Autres; nombre et détails : |
| [ ]  | [ ]  | ***Autres, préciser :***  |

3.3 Types d’activités

Cochez toutes les réponses pertinentes

|  |
| --- |
|[ ]  Sensibilisation et engagement des communautés |
|[ ]  Mise en place de nouveaux modèles, outils, programmes, services ou ressources |
|[ ]  Mise au point de nouveaux modèles, outils, programmes, services ou ressources  |
|[ ]  Diffusion d’informations et de connaissances |
|[ ]  Mobilisation et recrutement de bénévoles |
|[ ]  Autres, préciser : |

3.4 Régions géographiques des services

Cochez toutes les réponses pertinentes

|  |
| --- |
|[ ]  Within the City of Cornwall |
|[ ]  Outside of Cornwall (please specify below) |

|  |
| --- |
|[ ]  North Stormont |
|[ ]  South Stormont |
|[ ]  North Dundas |
|[ ]  South Dundas |
|[ ]  North Glengarry |
| [ ]  | South Glengarry |
|[ ]  Akwesasne |

3.5 Dates des services :

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début (pour laquelle le financement s’applique) :  |  |
| Date de fin(pour laquelle le financement s’applique) : (date limite : 31/03/2021) |  |

3.6 Description du service :

|  |  |
| --- | --- |
| Qui bénéficiera du service (250 mots max.) :  |  |
| Comment ce service aidera-t-il les gens et quelles sont les activités (250 mots max.) :  |  |
| Et la différence, le bénéfice, qu’il représentera dans la vie des gens (250 mots max.) : |  |
| Combien d’individus pensez-vous servir? |  |
| Combien d’interactions de services prévoyez-vous de fournir? |  |
| Facultatif : Comment savez-vous que ce service est nécessaire, en relation avec la COVID-19 (fournir des preuves statistiques, narratives ou anecdotiques, comme vous le jugez pertinent) (250 mots max.) : |  |

3.7. S’agit-il d’un service existant?

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, combien de personnes de plus le service prévoit-il de rejoindre à la suite de cette demande? | TOTAL :  |

3.8 Ce programme/projet est-il mis en œuvre par une coalition d’organismes ou par une table de partenariat dans votre communauté?

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, veuillez fournir des détails sur la coalition (par exemple, l’organisme responsable, les organismes membres, les rôles) (250 mots max) : |   |

3.9 Ce service engagera-t-il le soutien/la participation des Canadiens/entreprises?

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Combien de bénévoles : |  |
| Combien d’entreprises : |  |
| Combien de donateurs : |  |

# PARTIE 4 – DEMANDE DE SUBVENTION, BUDGET ET INFORMATION FINANCIÈRE

Subvention demandée :

|  |  |
| --- | --- |
| Quelle est la subvention totale demandée à Centraide United Way? |  |
| Le service sera-t-il fourni si le montant accordé est inférieur? | [ ]  Oui [ ]  Non (dépend) |

Budget du service :

Veuillez remplir le tableau budgétaire suivant pour le service :

Directives budgétaires :

* Veuillez-vous assurer que votre budget tient compte de l’ensemble des revenus et des dépenses de votre service, y compris les subventions que vous avez demandées. Tous les postes budgétaires doivent être liés au service et doivent être engagés pendant la période de subvention.
* Les dépenses admissibles comprennent : salaires et avantages sociaux, honoraires pour services professionnels, frais de déplacement et d’hébergement, matériaux et fournitures, frais d’impression et de communication, location/entretien d’équipement, coûts administratifs, dépenses d’investissement, et aides aux personnes handicapées pour le personnel. Les dépenses non admissibles comprennent l’achat de biens immobiliers.
* Veuillez noter que d’autres sources de revenus ne peuvent pas être utilisées pour les mêmes coûts d’activité décrits dans cette demande, sans une augmentation proportionnelle des services.
* Lorsqu’il existe plusieurs sources de revenus provenant du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux/territoriaux, des gouvernements municipaux, des Fondations communautaires, de la Croix-Rouge canadienne et/ou des Centraide/United Way, veuillez ajouter des lignes au tableau pour détailler chacune.

Tableau budgétaire

|  | **Proposé** | **Confirmé** | **Montant** |
| --- | --- | --- | --- |
| **Revenu :** |  |  |  |
| Sources du gouvernement fédéral (préciser) : |  |  |  |
| 1. |[ ] [ ]  $ |
| Sources du gouvernement provincial/territorial (préciser) : |  |  |  |
| 1. RLISS Champlain (salaire, avantages sociaux etc)

74,796 (salaire)16,829 (bénéfices) |[ ] [ ]  $ |
| Sources du gouvernement municipal (préciser) : |  |  |  |
| 1. |[ ] [ ]  $ |
| Croix-Rouge canadienne : |[ ] [ ]  $ |
| Fondations communautaires du Canada (préciser laquelle) : |[ ] [ ]  $ |
| Centraide/United Way (préciser lequel) : |[ ] [ ]  $ |
| Soutien d’entreprises/donateurs : |[ ] [ ]  $ |
| Autres (énumérez les 3 principales sources) |  |  |  |
| 1. |[ ] [ ]  $ |
| 2. |[ ] [ ]  $ |
| 3. |[ ] [ ]   |
| Toutes les autres sources combinées |[ ] [ ]  $ |
|  |  | ***Revenu total :*** | $ |
| **Dépenses proposées :** |  |  |  |
| Salaires et avantages sociaux :  |  |  | $ |
| Aides aux personnes handicapées pour le personnel : |  |  | $ |
| Honoraires pour services professionnels : |  |  | $ |
| Frais de déplacement et d’hébergement : |  |  | $ |
| Matériaux et fournitures : |  |  | $ |
| Frais d’impression et de communication : |  |  | $ |
| Location/entretien d’équipement : |  |  | $ |
| Coûts administratifs : |  |  | $ |
| Dépenses d’investissement : |  |  | $ |
| Tensiomètre |  |  |  $ |
| Boîte verte en plastique pour programme de boîte verte |  |  | $ |
| Compensation kilométrage boîte verte |  |  | $ |
| Fiole de vie |  |  | $ |
| Fournitures médicales pour personne dans le besoin |  |  | $ |
|  |  | ***Dépenses totales :*** | $ |
|  |  |  |  |
|  |  | **Solde :** | $ |

# PARTIE 5 – AUTORISATION ET CONFIRMATION

Je déclare/Nous déclarons que les informations fournies dans la présente demande sont exactes et complètes et qu’elles sont conformes aux critères d’admissibilité énoncés dans les lignes directrices. (Si les informations s’avèrent inexactes, en partie ou en totalité, le financement pourrait être retiré.)

[ ]  Oui [ ]  Non

Je déclare/Nous déclarons que l’organisation n’est pas insolvable.

[ ]  Oui [ ]  Non

Signatures

Je déclare/Nous déclarons que je suis autorisé(e)/nous sommes autorisé(e)s à lier juridiquement l’organisation :

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DG de l’organisation : |  | Président(e) du CA : |
|  |  |  |
| Nom |  | Nom |
| Signature |  | Signature |
| Poste |  | **Poste** |
| Courriel  |  | Courriel |