

IDENTIFICATION DU DEMANDEUR ET DE SES PARTENAIRES	
Nom du promoteur :	NEQ (numéro d'entreprise du Québec) : Forme juridique de l'entreprise :
Personne responsable et titre :	Numéro de téléphone :
Adresse :	Courriel :
Partenaire 1 :	Numéro de téléphone :
Organisation :	Courriel :
Partenaire 2 :	Numéro de téléphone :
Organisation :	Courriel :
Partenaire 3 :	Numéro de téléphone :
Organisation :	Courriel :

\*Au besoin, complétez la liste des acteurs impliqués dans l'idéation et la réalisation du projet.

DESCRIPTION DU PROJET	
Titre du projet :	Lieu de réalisation du projet :
Montant demandé :	
Échéancier :	
Description détaillée du projet :	
Impacts du projet en lien avec les objectifs du Fonds (voir Guide du promoteur à la page2) :	
Lien avec les priorités de développement territoriales :	

DESCRIPTION DU PROJET (SUITE)
Impacts sur la population à court et moyen terme:
Implication de personnes vulnérables dans l'idéation et la réalisation du projet:
Processus d'évaluation du projet:

## Plan de financement

REVENUS	MONTANT	BIENS ET SERVICES	%
<b>Total</b>			

DÉPENSES	MONTANT	BIENS ET SERVICES	%
<b>Total</b>			

## Documents à joindre avec une demande de financement

---

- Le formulaire de demande de financement rempli et signé;
- Description détaillée du projet;
- Plan de financement;
- Échéancier de réalisation;
- Résolution du Conseil d'administration autorisant le dépôt du projet et identifiant le signataire autorisé pour l'ensemble des documents liés au dépôt et à la réalisation d'un projet;
- Les lettres d'appui des partenaires du milieu;
- Tout autre document jugé requis par le promoteur.

Notez que seules les demandes incluant l'ensemble des pièces justificatives requises seront analysées.

## Déclaration de l'organisme

---

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ confirme que les renseignements fournis dans cette demande et les documents afférents sont complets et véridiques en tous points et je m'engage à fournir au représentant toute l'information nécessaire à l'analyse du projet.

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

Date : \_\_\_\_\_

## Autorisation de publication

---

Je, soussigné(e) \_\_\_\_\_ accepte que la Direction de santé publique du Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue cite le titre de notre projet, le nom de notre organisme ou comité et le montant financé par le Fonds pour accroître la sécurité alimentaire en Abitibi-Témiscamingue si mon projet est accepté.

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

Date : \_\_\_\_\_