

*Répondre à toutes les questions du présent document*

*Inscrire les informations dans les cases appropriées*

|  |  |
| --- | --- |
| ***Renseignements généraux*** | |
| Nom de l’organisme porteur : | |
| Adresse : | |
| Ville : | Code postal : |
| Téléphone : | Télécopieur : |
| Adresse électronique : | Site Internet : |
| Personne responsable : | |
| Titre du projet : | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Territoire touché par le projet*** | | |
| MRC d’Abitibi | MRC d’Abitibi-Ouest | Ville/MRC Rouyn-Noranda |
| MRC de Témiscamingue | MRC de La Vallée-de-l’Or |  |
| *Énumérez les quartiers ou municipalités du territoire touchés par votre projet :* | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Projet*** | |
| Date de début de projet : | Date de fin de projet prévue : |
| Avez-vous apporté des changements au projet initial? Si, oui, expliquez la raison ainsi que les changements apportés. Si non, veuillez résumer votre projet | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |
|  | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***clientèle(s) touchée(s) par le projet (quantifier le nombre si possible)*** | | |
| Hommes | Femmes | Familles |
| Familles monoparentales | Ainés | Autochtones |
| Enfants | Jeunes | Personnes handicapées |
| Autres (spécifier) | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Description des dépenses admissibles | | | | |
| **dépenses** |  | | | **commentaires** |
| **PrévuES** | **RÉELLES** | **biens et services** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES DÉPENSES** |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Description des contributions des partenaires | | | | |
| **Nom des partenaires** | **CONTRIBUTIONS** | | | **commentaires** |
| **Reçues**  **$** | **À RECEVOIR**  **$** | **biens et services** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES CONTRIBUTIONS** |  |  |  |  |

1. ***Documents requis***

**Les documents suivants sont obligatoires**

* Le rapport des activités réalisées dans le cadre de l’initiative;
* le rapport financier, comprenant, entre autres, une annexe spécifique identifiant les subventions, les commandites et autres formes d’aide financière (en argent et/ou en services) reçues de tous les paliers de gouvernement et des sociétés d’État dans le cadre du projet FQIS;
* un rapport détaillé de l’utilisation de la subvention versée par le partenaire;
* tout autre document jugé nécessaire par le fiduciaire.

1. ***Signature***

Je \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, représentant(e) dûment autorisé(e) par la résolution du conseil d’administration ou des instances dirigeantes de l’organisme requérant ;

* Je certifie que les renseignements contenus dans ce présent formulaire et les documents annexés sont, à ma connaissance, complets et véridiques en tout point.

|  |
| --- |
| Signature : |

|  |
| --- |
| Date : |

*Si vous avez besoin d’espace supplémentaire pour répondre, veuillez utiliser des feuilles supplémentaires et les joindre en annexe.*

L’Alliance pour la solidarité sociale est rendue possible grâce au Fonds québécois d’initiatives sociales (FQIS), en collaboration avec le ministère du Travail, de l’Emploi et de la Solidarité sociale et vise à soutenir financièrement des initiatives en matière de lutte contre la pauvreté et l’exclusion sociale. Il permet la participation des collectivités locales au développement de projets novateurs pouvant intervenir à la fois sur les causes et les conséquences de ces phénomènes.