Centraide United Way Canada :
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.

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 organismes de charité et des donataires reconnus selon les règles de l’Agence du revenu du Canada.

Veuillez remplir l’ensemble de ce questionnaire pour répondre aux exigences du programme EDSC.

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 : 5 octobre 2020
* Date limite : 30 octobre 2020, 17 H 00
* Décisions relatives aux demandes : au plus tard le 27 novembre 2020.

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

* Laure Voilquin, Directrice régionale

direction@centraidehl.ca

# 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 150 000 $);

[ ]  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 :  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | et le montant : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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

[ ]  Oui [ ]  Non

# PARTIE 2 – L’ORGANISME

Information sur la personne-ressource pour cette demande

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la personne-ressource :  |  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Titre du poste : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Courriel : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Informations sur l’organisme

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

# PARTIE 3 – INFORMATION RELATIVE AU SERVICE

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du service (ou programme/projet) : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Description d’une ligne (25 mots max.) : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

3.1 Populations vulnérables desservies

Utilisez les colonnes de droite pour sélectionner toute population desservie et précisez les 3 principales :

| **PRINCIPALES POPULATIONS (3 max.)** | **TOUTES LES POPULATIONS DESSERVIES** |  |
| --- | --- | --- |
|  |  | ***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*** |
|[ ] [ ]  Proches-aidants |
|[ ] [ ]  Étudiants (de niveau postsecondaire) |
|[ ] [ ]  Préciser : |

3.2 Types de services et suivi des résultats

Sélectionnez tous les services pertinents (lors de la reddition de comptes, vous devrez nous fournir de l’information sur ces services offerts) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| [ ]  |  | ***Sécurité alimentaire*** |
| [ ]  |  | ***Bien-être financier***  |
| [ ]  |  | ***Soins à domicile ou services de soutien personnel*** |
| [ ]  |  | ***Santé et hygiène*** |
| [ ]  |  | ***Information et aiguillage*** |
| [ ]  |  | ***Aide juridique*** |
| [ ]  |  | ***Santé mentale et bien-être*** |
| [ ]  |  | ***Refuges*** |
| [ ]  |  | ***Sécurité personnelle*** |
| [ ]  |  | ***Inclusion sociale et apprentissage*** |
| [ ]  |  | ***Transport*** |
| [ ]  |  | ***Autres, préciser :*** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

3.4 Régions géographiques des services

Cochez toutes les réponses pertinentes

|  |
| --- |
|[ ]  régions urbaines (population de plus de 1 000 habitants) |
|[ ]  régions rurales et éloignées (population de moins de 1 000 habitants) |

3.5 Dates des services :

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

3.6 Description du service :

|  |  |
| --- | --- |
| Qui bénéficiera du service (250 mots max.) :  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Comment ce service aidera-t-il les gens et quelles sont les activités (250 mots max.) :  | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Combien d’individus pensez-vous servir? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Facultatif : Combien d’interventions de services prévoyez-vous de fournir ? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

3.7. S’agit-il d’un service existant?

[ ]  Oui [ ]  Non

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, combien de personnes de plus le service prévoit-il rejoindre à la suite de cette demande? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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) : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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

Subvention demandée :

|  |  |
| --- | --- |
| Quelle est la subvention totale demandée à Centraide ? | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Le service sera-t-il fourni si le montant accordé est inférieur? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Veuillez expliquer : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |

Budget du service :

Dépenses :

1 - Détaillez les prévisions budgétaires sommaires (ex : salaire horaire x nombre de personnes x nombre d’heures, achat de biens (nourriture, essence, etc.)) :

|  |  |
| --- | --- |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |

*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*.

Revenus :

2 - Apport d'autres partenaires (s'il y a lieu) :

Fondations communautaire : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Croix-Rouge canadienne : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Autres sources (spécifier) : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

*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, il faut le spécifier.*

***Veuillez joindre une copie de vos derniers états financiers audités ou examinés à la demande.***

# 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