Fondation Medavie pour la santé – Formulaire d’expression d’intérêt

*Tous les organismes souhaitant présenter une demande de subvention à la Fondation Medavie pour la santé doivent d’abord démontrer leur admissibilité en remplissant et en soumettant le présent formulaire d’expression d’intérêt.*

*Pour connaître les critères d’admissibilité à une subvention, visitez le* [*https://www.medavie.ca/fr/engagement-communautaire/subventions/*](https://www.medavie.ca/fr/engagement-communautaire/subventions/)*.* *Si vous avez des questions, veuillez envoyer un courriel à l’adresse* [*MHF@MedavieHealthFoundation.ca*](mailto:MHF@MedavieHealthFoundation.ca)*.*

**1.** **Coordonnées**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nom de l’organisme : | | | | |  | | | | | | | | | | |
| Numéro et rue : | | |  | | | | | | | Ville : |  | | | | |
| Province : | |  | | Code postal : | |  | | | No de téléphone : | | | |  | | |
| Nom de la personne-ressource : | | | | | | | |  | | | | | Titre : | | |  |
| Courriel : | |  | | | | | | | Site Web de l’organisme : | | | | | |  | |

**2.** **Renseignements sur votre organisme**

Quelle est la mission de votre organisme? (Maximum de 75 mots)

|  |
| --- |
|  |

Votre organisme est-il un organisme de bienfaisance enregistré auprès de l’Agence du revenu du Canada ou un autre donataire reconnu?

Si vous avez répondu oui, veuillez fournir le numéro d’organisme de bienfaisance enregistré de votre organisme émis par l’Agence du revenu du Canada :       RR

Si vous avez répondu non, votre organisme n’est pas un donataire reconnu. Collaborez-vous avec un autre organisme admissible pour financer vos projets?

|  |  |
| --- | --- |
| Si oui, quel est le nom de cet organisme? |  |

**3.** **Renseignements sur le financement demandé**

La subvention demandée viendra-t-elle soutenir :

|  |  |
| --- | --- |
|  | La mission globale de votre organisme |
|  | Un projet particulier |

Sur quelle cause fondamentale appuyée par la Fondation Medavie pour la santé votre demande de subvention porte-t-elle?

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Mode de vie sain :** Améliorer l’accès aux aliments sains par l’entremise de programmes alimentaires communautaires, de l’acquisition de compétences alimentaires, de formation ou de projets d’engagement. |
|  | **Mode de vie sain** : Favoriser un mode de vie actif grâce à un meilleur accès à des espaces récréatifs, à des activités, à des programmes, à des services, à de l’équipement ou à d’autres outils et services. |
|  | **Santé mentale des adolescents** : Améliorer l’accès aux soins, aux services et au soutien en santé mentale pour aider les adolescents et les jeunes adultes à faire face à leurs difficultés particulières en matière de santé mentale. |
|  | **Stress post-traumatique** : Sensibiliser et informer le public au sujet du stress post-traumatique et de ses répercussions sur la famille des premiers répondants (et les familles des membres actifs ou retraités des Forces armées canadiennes). |
|  | **Stress post-traumatique** : Améliorer l’accès à du soutien et à des services éprouvés pour les premiers répondants touchés par le stress post-traumatique et leur famille (y compris les membres actifs ou retraités des Forces armées canadiennes et leur famille). |

La subvention demandée sera-t-elle utilisée en réponse aux répercussions de la pandémie de COVID‑19, soit pour des mesures d’urgence ou de relance?

Si oui, veuillez expliquer comment la subvention demandée viendra appuyer les mesures d’urgence ou de relance de la collectivité liées à la pandémie (maximum de 100 mots) :

|  |
| --- |
|  |

**Fournissez un aperçu de la manière dont la subvention demandée sera utilisée en répondant à chacune des questions suivantes :**

1. Comment la subvention demandée sera-t-elle utilisée? (Maximum de 100 mots)

|  |
| --- |
|  |

1. Combien de personnes bénéficieront-elles de ce financement?

|  |
| --- |
|  |

1. Énumérez les ressources ou les activités qui seront appuyées par le financement (maximum de 100 mots) :

|  |
| --- |
|  |

1. Quels changements ce financement apportera-t-il à la vie des personnes touchées? (Maximum de 100 mots)

|  |
| --- |
|  |

1. Veuillez indiquer tout autre renseignement qui pourrait expliquer comment le financement sera utilisé (maximum de 100 mots) :

|  |
| --- |
|  |

Veuillez décrire les objectifs et les outils de mesure qui seront utilisés pour faire le suivi de l’efficacité de votre projet ou de l’ensemble de votre organisme (maximum de 150 mots).

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Outils de mesure**  *(c.-à.-d. moyens d’évaluer si les objectifs ont été atteints)* |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Veuillez expliquer comment votre organisme collabore actuellement avec la collectivité touchée par votre projet ainsi qu’avec les autres organismes ou intervenants (maximum de 150 mots).

|  |
| --- |
|  |

Votre organisme entretient-il une relation avec la Fondation Medavie pour la santé ou l’une de nos entreprises associées (Services de santé Medavie, Croix Bleue Medavie)?

|  |
| --- |
|  |

Comment avez-vous entendu parler de la Fondation Medavie pour la santé?

|  |  |
| --- | --- |
|  | Bouche-à-oreille |
|  | Médias sociaux/médias |
|  | Ancien bénéficiaire de subvention |
|  | Autre : |

Merci d’avoir rempli le formulaire d’expression d’intérêt. Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli par courriel seulement à l’adresse [MHF@MedavieHealthFoundation.ca](mailto:MHF@MedavieHealthFoundation.ca). Seul le formulaire d’expression d’intérêt sera examiné, veuillez ne joindre aucun autre document au courriel.

Le personnel de la Fondation procédera à l’examen des renseignements fournis et communiquera avec vous dans un délai de 3 à 4 semaines si votre organisme répond aux [critères d’admissibilité](https://www.medavie.ca/fr/engagement-communautaire/subventions/) à la soumission d’une demande de subvention détaillée.