

Soutien des femmes immigrantes qui sont en situation de précarité
et se trouvent dans le continuum périnatal

FORMULAIRE DE SOUMISSION

Renseignements sur l'organisme demandeur

Identification de l'organisme	
Nom de l'organisme demandeur	
Adresse complète de l'organisme	
Nom de la personne responsable	Fonction
No de téléphone	No de poste
Adresse courriel	

Renseignements complémentaires sur l'organisme
Quelle est la mission de l'organisme ?
En cochant cette case, j'atteste que mon organisation répond aux <i>critères d'admissibilité des organismes</i> décrits dans l'appel de projets : <input type="checkbox"/>

Après de quelle population votre organisme œuvre-t-il ?

Présentation du projet

Identification du projet

Titre du projet

Objectifs du projet

Description du projet

Portée du projet

- Régionale (Montréal)
- Locale, précisez les quartiers :

Population ciblée par le projet et nombre estimé de personnes rejointes

Description de la population - Moyens pour la rejoindre - Nombre estimé de personnes qui seront rejointes par le projet.

Résumé du projet

Principales activités - Besoins auxquels répond le projet - Grandes étapes du projet.

Quels sont les impacts attendus de votre projet pour la population ciblée ?

Quels sont les impacts attendus de votre projet pour votre organisation ?

Budget du projet

Budget total demandé pour le projet (maximum 125 000\$) :		
Ventilation budgétaire		
Dépenses	Montants	Justifications
Ressources humaines		
Achat de matériel ou d'équipement		
Frais de transport		
Frais administratifs (maximum 10%)		
Autres :		
TOTAL		

Autres commentaires (<i>facultatif</i>)
--

Déclaration du requérant

Le signataire de la demande atteste que les renseignements fournis sont exacts.

Prénom et Nom

Signature :	Date :
-------------	--------

**Veillez s'il-vous-plaît vous assurer que le formulaire soit complètement rempli
et dûment signé avant de l'acheminer par courriel **au plus tard le 3 mai 2024 à 17h00**
à projets-perinatalite-DRSP@aspq.org**