



PROGRAMME DE SOUTIEN AU BIEN-ÊTRE DES FAMILLES ET DES SURVIVANTS DES FEMMES, DES FILLES ET DES PERSONNES 2SLGBTQIA+ AUTOCHTONES DISPARUES ET ASSASSINÉES - DEMANDE DE FINANCEMENT DE PROJET

Avis de confidentialité

Le présent avis explique les objectifs de la collecte et de l'utilisation de renseignements personnels. Uniquement l'information qui répond aux besoins des exigences d'un programme sera demandée. La collecte et l'utilisation de renseignements personnels s'effectueront conformément à la [Loi sur la protection des renseignements personnels](https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html) (<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/P-21/index.html>). Dans certains cas, l'information peut être divulguée sans votre autorisation selon la section 8(2) de la Loi sur la protection des renseignements personnels. Nous utiliserons vos renseignements personnels aux fins de l'administration du programme et de la préparation de rapports. La collecte et l'utilisation des renseignements personnels fournis à Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada pour répondre à certains besoins en matière de rapports sur les programmes ou de financement sont autorisés par des lois propres aux programmes et sont nécessaires pour votre participation. Les renseignements recueillis sont décrits par fichier de renseignements personnels (FRP) pour chaque programme à [Info Source](https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1353081939455) (<https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1353081939455>). Pour plus de précisions sur l'autorité législative pertinente, la description des FRP et/ou pour nous informer de tout renseignement erroné ou de votre désir de ne plus participer après avoir soumis vos renseignements, communiquez avec le Centre ministériel de contacts de renseignements du public au 1-800-567-9604. Pour des précisions au sujet du présent avis, communiquez avec votre coordonnateur de l'AIPRP au 819-997-8277. Pour plus d'information sur les questions relatives à la protection des renseignements personnels ou à la *Loi sur la protection des renseignements personnels* en général, vous pouvez communiquer avec le commissaire à la protection de la vie privée au 1-800-282-1376.

Renseignements sur le projet

Nom de l'organisme demandeur

Titre du projet (Nombre de caractères maximal : 100)

Personne-ressource

Prénom

Nom de famille

Poste

Adresse postale (numéro, rue, appartement, boîte postale)

Ville/Municipalité/Communauté

Province/Territoire

Code postal

Numéro de téléphone

Numéro de télécopieur

Adresse courriel

Description du projet et résultats attendus

Description du projet (Nombre de caractères maximal : 2500)

Description des bénéficiaires directs ou indirects de ce projet (Nombre de caractères maximal : 2000)

Produits livrables (Nombre de caractères maximal : 2000)



Jalons, échéanciers et résultats attendus (veuillez fournir des dates précises pour les résultats attendus) (Nombre de caractères maximal : 2500)

Mécanisme d'établissement de rapports proposé (Nombre de caractères maximal : 1000)

Partenaires

Y aura-t-il des partenaires qui participeront à l'élaboration, à l'exécution ou à la production de rapports liés à ce projet? Oui Non

Partenaire	Participation	Contribution financière (\$)	Contribution en nature (\$)

Budget - Ventilation des coûts

Titre du projet

Type de dépense	Dépenses budgétées	
	Année 1	Année 2
Total des dépenses (\$) ►		

Documentation obligatoire

Les renseignements suivants doivent accompagner le formulaire de demande (cochez en guise de confirmation) :

- Preuve de constitution en société OU attestation/numéro d'organisme de prestation sans but lucratif OU description de l'organisme.
- Soutien communautaire (lettres d'appui, résolution du conseil de bande, lettre d'appui d'un centre communautaire ou d'un centre d'amitié, etc.) (s'il y a lieu).
- Démonstration de son expérience dans la prestation de services de soutien au parcours de guérison qui tiennent compte des traumatismes et sont respectueux, dignes et adaptés à la culture des personnes ou des communautés qui ont vécu la perte d'un être cher.

Déclaration

Les renseignements fournis dans le présent document sont, à ma connaissance, exacts.

Prénom	Nom de famille
Titre	
Date (AAAAMMJJ)	