



CENTRAIDE HAUTE-CÔTE-NORD/MANICOUAGAN  
858, rue de Puyjalon bureau 301  
Baie-Comeau G5C 1N1  
Tél. : (418) 589-5567  
Fax : (418) 295-2567  
[centraidehcnman@globetrotter.net](mailto:centraidehcnman@globetrotter.net)  
[www.centraidehcnmanicouagan.ca](http://www.centraidehcnmanicouagan.ca)

**FORMULAIRE DE DEMANDE  
D'AIDE FINANCIÈRE**

**Année : 2012**

**1. INFORMATIONS GÉNÉRALES**

Nom de l'organisme :			
Adresse postale :			Code postal :
@ courriel :	site Internet :		

**IMPORTANT--- Inscrire un numéro pour rejoindre le/la responsable en tout temps ---IMPORTANT**

Responsable de la demande :	Tél. :	Fax :
-----------------------------	--------	-------

**\* Obligatoire \***

Numéro d'organisme de charité (Revenu Canada) (NE)	Inscrire les neuf (9) chiffres (12345 6789 RR0001) _____ <b>RR0001</b>
--	---

**Aucune demande ne sera analysé si ce numéro est non valide et non inscrit**

<b>CONSEIL D'ADMINISTRATION (Inscrire la liste complète des membres de votre CA)</b>		
Nom	Fonction au sein du Conseil	Lieu de résidence
	Nombre total des membres du CA:	Postes vacants :

Mentionner le nombre de réunions du Conseil d'administration tenues au cours de votre dernier exercice financier complété :	
---	--

NOMBRE de mois d'opération (annuel) : Préciser le nombre de mois pour la dernière année civile
0-3 mois <input type="checkbox"/> 4-6 mois <input type="checkbox"/> 7-9 mois <input type="checkbox"/> 10-12 mois <input type="checkbox"/>

DATE DE LA FIN DU DERNIER EXERCICE FINANCIER COMPLÉTÉ	
---	--

**N.B.** Il est obligatoire de joindre les états financiers du dernier exercice complété au moment de la demande. Ces états financiers doivent faire rapport de l'état des résultats du dernier exercice, et de l'état du surplus à la fin de ce dernier exercice.

## 2. MISSION, CLIENTÈLE ET ACTIVITÉS

<b>MISSION</b> (Décrire brièvement la mission principale de l'organisme) <b>(Ne pas référer à une annexe)</b>

<b>CLIENTÈLE</b> <b>(Ne pas référer à une annexe)</b>	
Personnes qui ont profité des services de votre organisme	Nombre :

<b>ACTIVITÉS / CLIENTÈLE</b> (Principales activités de <u>services directs à la clientèle</u> de la dernière année) <b>(Ne pas référer à une annexe)</b>

## 3. RESSOURCES HUMAINES

<b>PERSONNEL TRAVAILLANT AU SEIN DE L'ORGANISME</b>					
Bénévole	Rémunéré	Tâches	Temps plein	Temps partiel	Heures/sem. Sem /année

#### 4. RELATIONS AVEC LE MILIEU

Votre organisme a-t-il des rapports avec le milieu :    oui \_\_\_\_\_    non \_\_\_\_\_  
Si oui, inscrire quelques exemples.

--

#### 5. PRIORITÉS POUR LA PROCHAINE ANNÉE

Quel est votre objectif principal pour la prochaine année et quelles seront les principales activités?  
**(Ne pas référer à une annexe)**

Objectif principal :

Principales activités :

--

#### 6. PRINCIPALES AUTRES SOURCES DE FINANCEMENT DE L'ORGANISME

**(Ne pas référer à une annexe)**

Noms :	Montants



## 8. UTILISATION DU SURPLUS FINANCIER (s'il y a lieu)

Expliquer les raisons du surplus financier accumulé et comment vous comptez l'utiliser.

## 9. LIENS AVEC LA CAMPAGNE ANNUELLE DE CENTRAIDE

9.1 Si votre organisme a participé à la dernière campagne de financement de Centraide, veuillez indiquer de quelle(s) façon(s) :

- 1) Organisation d'une activité de financement \_\_\_\_\_
- 2) Témoignages (lors d'activités ou de campagne d'employés) \_\_\_\_\_
- 3) Collecte au sein de votre organisme \_\_\_\_\_
- 4) Participation comme bénévole lors d'une activité \_\_\_\_\_
- 5) Autres formes de participation : \_\_\_\_\_

9.2 Votre organisme a-t-il été invité, par la permanence de Centraide, à participer de quelque façon à la dernière campagne Centraide? Oui \_\_\_\_\_ Non \_\_\_\_\_ Ne sait pas \_\_\_\_\_

### **SIGNATURE AUTORISÉE**

Je soussigné(e) déclare être dûment mandaté(e) et je certifie que les renseignements fournis à ce formulaire et aux « informations financières » annexées sont véridiques et complets.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Fonction

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Adresse

\_\_\_\_\_  
Téléphone

**\*IMPORTANT \***

**Joindre les derniers états financiers ainsi que les informations financières annexées au présent formulaire.**

## ATTESTATION DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

NOM DE L'ORGANISME : \_\_\_\_\_

Nous, soussignés, certifions que toute l'information fournie dans la présente demande d'aide financière est conforme à la réalité de notre organisme et a été approuvée par notre Conseil d'administration lors d'une réunion tenue le : \_\_\_\_\_

**Nous certifions également que, au moment du dépôt de sa demande, notre organisme (cocher) :**

- Respecte les exigences de production de son rapport annuel à l'Inspecteur général des institutions financières du Québec (déclaration de personne morale).
- Respecte les exigences de production de son rapport annuel à l'Agence des douanes et du revenu du Canada (T3010).
- Est en règle avec l'Agence des douanes et du revenu du Canada et le Ministère du Québec quant au paiement des déductions à la source pour le personnel salarié.

Conformément à une résolution approuvée par le Conseil d'administration, il est proposé par \_\_\_\_\_ et appuyée par \_\_\_\_\_ qu'une demande d'aide financière au montant de \_\_\_\_\_ \$ soit présentée à Centraide Haute-Côte-Nord/Manicouagan. Ce montant correspond à celui ou à ceux indiqués à la section « informations financières ».

Nous autorisons Centraide à recueillir et à transmettre les informations sur le contenu de la demande et à rendre public les montants accordés.

Fait et signé à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_  
(ville) (date)

**PRÉSIDENT(E)**

**SECRÉTAIRE**

\_\_\_\_\_  
(nom en caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(nom en caractère d'imprimerie)

\_\_\_\_\_  
(signature)

\_\_\_\_\_  
(signature)