

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

**Un des témoignages concrets de la distinction coopérative
de la Caisse Desjardins du Secteur public de l'Estrie est la ristourne
collective qu'elle distribue aux organismes de ses groupes sous
forme de commandites, de dons et de partenariats avec le milieu.**

Contexte - La Caisse Desjardins du Secteur de l'Estrie s'engage à:

- d'offrir à tous ses membres des services financiers de qualité, peu importe l'étendue de leurs besoins, en leur assurant des avantages financiers concrets et un service humain empreint de considération;
- de contribuer à l'éducation coopérative, économique et financière de ses membres;
- de contribuer au développement de ses groupes et d'encourager la coopération.

Critères d'admissibilité des demandes de soutien financier

Avant de remplir le formulaire de demande de soutien financier, nous vous demandons de bien vouloir prendre connaissance de la politique de soutien financier aux organismes du milieu.

Je confirme avoir pris connaissance de cette politique.

Instructions

- Détacher le formulaire et le sauvegarder dans vos documents.
- Compléter tous les champs du formulaire de demande de soutien financier.
- Joindre à l'envoi des demandes de 5 001 \$ et plus :
 - Le détail du budget total pour la réalisation de votre projet
 - Le plan de visibilité offert à la Caisse Desjardins du Secteur public de l'Estrie (Annexe A - Exemples, Annexe B - Plan de visibilité)
 - Les états financiers vérifiés
 - Tous documents pertinents à votre demande pour une meilleure compréhension du projet
- Remplir toutes les cases du formulaire. Toute demande incomplète ou illisible sera retournée au demandeur. Toute demande présentée sous forme de lettre circulaire sera systématiquement exclue.
- Regrouper toutes vos demandes sur ce formulaire. Veuillez noter que la Caisse n'acceptera qu'une seule demande de soutien financier par année.

Retourner ce formulaire dûment rempli à :

rennee.provencal@desjardins.com

Pour plus d'informations 819 566-1181 poste 7030114

Nous profitons de l'occasion pour vous exprimer notre reconnaissance à l'égard de votre implication et de votre engagement envers notre communauté!

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

Caisse Desjardins du Secteur public de l'Estrie

Date :

1. Identification du demandeur (organisme, groupe ou institution)

Nom de l'organisme :

Prénom et nom de la personne responsable :

Fonction de la personne responsable :

Adresse courriel :

Adresse postale :

Ville : Code postal :

Téléphone : Poste : Cellulaire :

2. Informations générales concernant votre organisme

S'agit-il d'un organisme à but non lucratif? Oui Non

Secteur d'activités de l'organisme :

- Coopération
- Éducation
- Œuvres humanitaires et services communautaires
- Autres :
- Santé et saines habitudes de vie
- Culture
- Développement socio-économique
- Activités syndicales

L'organisme est membre de la Caisse Desjardins du Secteur public de l'Estrie :

Oui Non Indiquez le numéro de folio (compte) :

L'organisme fait-il affaire avec une autre institution financière?

Oui Non

Si oui, laquelle :

2. Informations générales concernant votre organisme (suite)

Précisez le territoire d'opération de votre organisme ou le lieu de l'activité :

Ville - Précisez : _____

Régional National

Annuellement, votre organisme agit auprès de combien de personnes?

Quel est leurs groupes d'âges?

5 à 12 ans 13 à 17 ans 18 à 25 ans 26 à 35 ans
 36 à 45 ans 46 à 55 ans 56 à 65 ans 65 ans et plus Tous

Les activités de votre organisme reposent principalement sur le bénévolat :

Oui Non

Quel est le pourcentage de votre budget accordé à l'administration :

Moins de 20 % Entre 20 % et 40 % Entre 40 % et 60 % Plus de 60 %

Décrivez l'organisme et ses réalisations (y compris les activités réalisées au cours de la dernière année) :

Mission et objectifs :

Indiquez les sources de revenus ou d'autofinancement (ex.: vente de billets, membership, souper spaghetti) :

3. Présentation de l'activité ou du projet

Titre officiel du projet ou de l'activité :

Description du projet ou de l'activité :

Objectif du projet ou de l'activité :

Nombre de participants :

Provenance des participants et des visiteurs :

Public cible :

Quel est l'impact de votre projet dans notre communauté :

4. Historique

Au cours des deux dernières années, l'organisme a-t-il fait une demande d'aide financière à la caisse, une autre composante du Mouvement Desjardins (ex.: Desjardins Entreprises) et/ou dans une autre institution financière?

Oui Non

Si oui, laquelle ou lesquelles

Précisez le ou les montants reçus

Précisez l'année

5. Financement de l'activité ou du projet

Montant demandé :

Coût total du projet :

Pourcentage (%) du montant global demandé à la Caisse :

Autre forme de participation envisagée :

Demande de bénévoles Objets promotionnels

Autres :

Comment l'organisme pourrait-il assurer la continuité de l'activité ou du projet dans le futur sans l'appui financier de la Caisse?

Liste des partenaires ou commanditaires ayant confirmé leur appui à ce jour :

Nom du partenaire

Montant ou autre forme de participation

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

À quoi servira le budget alloué par la Caisse Desjardins du Secteur public de l'Estrie?

Animation Publicité Salaires
 Achat ou location de bâtisse Achat ou location de matériaux Formation
 Autre, précisez :

Est-ce qu'un employé ou un dirigeant de la Caisse est impliqué dans le projet?

Oui, précisez : Non

Offrez-vous à la Caisse l'exclusivité dans son domaine d'activité (finance, assurances, courtage immobilier, etc.)?

Oui Non, indiquez le nom des partenaires financiers concurrents impliqués

Nom des partenaires financiers concurrents

Montants reçus

<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

5. Financement de l'activité ou du projet (suite)

Récurrence de la demande :

- Demande unique Demande récurrente chaque année

Nom et occupation des membres du Conseil d'administration de votre organisation :

Prénom Nom

Fonction

Occupation

Détenez-vous une politique en cas d'annulation du projet concernant les sommes reçues de vos partenaires?

- Oui Non

Pour quelles raisons la Caisse devrait s'impliquer dans votre activité ou projet?

--

6. Délais de traitement des demandes

Pour les demandes de 0 \$ à 5 000 \$ - 30 jours calendrier

Toute demande sera traitée dans un délai de 4 semaines à compter de la date de réception et cela, dans la mesure où elle est complète. Pour la période estivale, du 1^{er} juin au 31 août, la période de traitement sera de 8 semaines.

Toute demande incomplète sera retournée au demandeur pour correction, et devra être déposée à nouveau pour ensuite être traitée ultérieurement.

Pour les demandes de 5 001 \$ et plus

Toutes les demandes de soutien financier doivent être acheminées avant ces trois dates de tombées :

Les demandes sont traitées 3 fois au cours de l'année. Les demandes doivent être acheminées **avant le** :

1^{er} février pour une réponse à la mi-mars (prévoir cette date de dépôt si votre événement se déroule au mois d'avril, mai, juin ou juillet);

1^{er} juin pour une réponse à la mi-juillet (prévoir cette date de dépôt si votre événement se déroule au mois d'août, septembre, octobre ou novembre);

1^{er} octobre pour une réponse à la fin novembre (prévoir cette date de dépôt si votre événement se déroule au mois de décembre de l'année en cours, ou au mois de janvier, février ou mars de l'année à venir).

Veuillez prendre note que les demandes incomplètes ou reçues moins de 90 jours avant la tenue de l'activité pourraient ne pas être considérées.

ZONE ADMINISTRATIVE

Décision

Acceptée Déclinée

Montant accordé :

10.000-15.000 €

Réponse communiquée

Téléphone Courriel

Par

100% of the time.

Paiement

Dépôt folio Chèque

Numéro du folio ou du chèque

For more information about the study, please contact Dr. Michael J. Hwang at (310) 794-3000 or via email at mhwang@ucla.edu.

Date

100% of the time.

Date

Journal of Health Politics, Policy and Law, Vol. 35, No. 4, December 2010
DOI 10.1215/03616878-35-4 © 2010 by The University of Chicago

Commentaires :