****

DEMANDES AUX FONDATIONS

FORMULAIRE

VERSION DU 14 JUIN 2019 | LIÉ À LA PROCÉDURE PRO-087

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre** |  |
| **Direction/service** |  |
| **Proposé par** |  |
|  **Date d’implantation souhaitée****aaaa-mm-jj** |  |
|  |
| **Description de la situation actuelle et du besoin** |
|  |
| **Détail de la proposition d’amélioration et impacts sur les services offerts aux usagers** |
|  |
| **Bénéfices / impacts sur la productivité et l’efficacité / valeurs ajoutées et lien avec les priorités organisationnelles** |
|  |
| **Conséquences du statu quo** |
|  |

|  |
| --- |
| **Sélectionnez le genre de demande (1 choix)** |
| [ ]  **Demande fondation qui n’est pas attachée à un projet organisationnel ou directionnel** \* Estimation des coûts obligatoires | [ ]  **Demande attachée à un projet organisationnel ou directionnel avec une possibilité d’une source de financement par une fondation ou autre** \* La production de l’énoncé de projet est requise pour cette situation |
| **RÉCURRENCE DES COÛTS** |  [ ]  Aucune récurrence [ ]  Récurrence estimé à \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autres bailleurs de fonds (s’il y a lieu)** |  |

**Réservé au Directeur**

|  |  |
| --- | --- |
| **Pilier du vrai Nord** | **Impacts organisationnels** |
| **() Accessibilité () Qualité****() Fluidité () Efficience** | **() Offre de services****() Trajectoire****() Amélioration de la qualité des soins/services****() Amélioration de la sécurité****() Optimisation des ressources () Autre :** |

|  |
| --- |
| Commentaires / suggestions |
|  [ ]  Demande de partenariat à adresser a aux fondations : Fondations sélectionnées :[ ]  F. CSSS Vallée-de-la-Gatineau [ ]  F. Santé Gatineau [ ]  F. Santé des Collines [ ]  F. Santé de Papineau [ ]  F. Hôpital communautaire Pontiac Inc. [ ]  F. CLSC du Pontiac [ ]  F. Centre d’accueil du Pontiac [ ]  F. Jellinek |

|  |
| --- |
| **Préfaisabilité** (obligatoire) |
| **Direction** | **Personne consultée** | **Commentaires / Enjeux s’il y a lieu** |
| **DTBI** |  |  |
| **DRHCAJ** |  |  |
| **DSTL** |  |  |
| **DRF** |  |  |
| **Autre** |  |  |

|  |
| --- |
| **Commentaires / suggestions / moyen pour faire la reconnaissance** |
|  |
|  .Signature du directeur Date *(aaaa-mm-jj)* |

**TRANSMETTRE À : 07.demandes\_aux\_fondations@ssss.gouv.qc.ca**