****

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**