

# Centraide de la région du Grand Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick Inc.



Automne 2011  
Subvention de renforcement  
communautaire  
demande de financement

**DATE LIMITE** de soumission des demandes :  
**Le vendredi 5 août, 2011 à 16 h 30**

DATE: \_\_\_\_\_  
ORGANISME: \_\_\_\_\_  
PROGRAMME: \_\_\_\_\_  
NUMÉRO DE  
BIENFAISANCE: \_\_\_\_\_  
PERSONNE  
CONTACT: \_\_\_\_\_  
  
TÉLÉPHONE: \_\_\_\_\_  
  
COURRIEL: \_\_\_\_\_  
ADDRESS POSTAL: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Centraide de la région du Grand Moncton  
et du sud-est du Nouveau-Brunswick  
C.P. 768  
Moncton (N.-B.) E1C 8M9  
(506) 858-8600  
[office@moncton.unitedway.ca](mailto:office@moncton.unitedway.ca)

**PARTIE I**  
**L'INFORMATION SUR LE PROJET**

Début du programme: \_\_\_\_\_

Fin prévue du programme: \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ GARDER LES CRITÈRES DE DEMANDE DÉCRITENT EN ANNEX A  
DANS LE GUIDE DE FINANCEMENT AVANT DE PRÉPARER VOTRE  
PROPOSITION**

En plus de répondre aux questions suivantes, veuillez inclure les documents ci-dessous.

- Liste des membres du conseil d'administration de 2010/2011
- Rapport annuel le plus récent
- États financiers vérifiés ou examinés de l'année précédente (2010)

**Veillez répondre aux trois questions suivantes.**

**Cette partie ne devrait nécessiter que deux (2) pages tapées à double interligne.**

**1. DESCRIPTION DU PROJET**

- Déterminez la possibilité, le problème ou le besoin que la proposition aborde, notamment la ou les populations desservies et la principale région géographique des services.
- Décrivez le projet, l'activité ou le service pour lequel des fonds sont demandés.
- Décrivez le plan de dotation pour le projet proposé et le rôle des bénévoles et aussi le rôles des participants.
- Qui sont vos partenaires? Comment travaillez-vous ensemble à atteindre les objectifs de ce programme et à faire meilleur usage des ressources? Ces partenariats sont-ils officiels ou officieux?

## **2. Alignement avec les domaines d'incidence de Centraide**

Veillez indiquer **quel** est le domaine d'incidence de Centraide que votre programme aborde.

**Relations saines et mieux-être individuel**

Nous appuyons les programmes qui établissent des relations saines et un mieux-être individuel, que ce soit sur le plan émotif, mental, spirituel ou physique.

**Possibilités pour les personnes et les familles**

Nous aidons à améliorer l'accès des personnes et des familles aux possibilités pour que tous et toutes puissent atteindre leur plein potentiel.

**Communauté engagée**

Nous favorisons l'engagement communautaire.

**Renforcement de la capacité du secteur sans but lucratif**

Nous aidons à renforcer la capacité du secteur sans but lucratif à exécuter ses missions.

**VEUILLEZ GARDER LES CRITÈRES DE DEMANDE DÉCRITENT EN ANNEX B  
DANS LE GUIDE DE FINANCEMENT AVANT DE PRÉPARER VOTRE  
PROPOSITION**

## **3. Résultats et indicateurs**

- Veillez énumérer les **résultats** que vous avez choisis pour le projet.
- Veillez énumérer les **indicateurs** que votre organisation a établis pour suivre le progrès réalisé dans l'atteinte des résultats de votre projet.

Veillez suivre l'exemple de l'annexe B.

**PART II:  
BUDGET DU PROJET**

**MONTANT REQUIS: \$ \_\_\_\_\_**

REVENU		Montant confirmé	
		OUI	NON
Dons			
Contribution de l'organisation			
Gouvernement			
Autres sources (s'il y a lieu)			
Frais pour service			
<b>REVENU TOTALE</b>	<b>\$</b>		

<b>DÉPENSES</b> (uniquement des exemples)	
Fournitures de bureau/impression	
Fournitures de programme	
Salaires et avantages	
Location	
Téléphones	
Service public	
Autres	
<b>DÉPENSES TOTAL</b>	<b>\$</b>

Revenu moins dépenses	
Fonds requis de Centraide	
<b>Total après la demande de financement de Centraide</b>	<b>\$</b>

\* Si votre état financier vérifié révèle un important surplus, veuillez en expliquer la raison de façon détaillée.

## PART III: BLOC-SIGNATURE

### Conditions du financement et signatures. Veuillez lire ce qui suit et apposez votre signature.

1. L'information fournie dans cette demande est exacte et complète.
2. Notre organisme a lu, compris et accepte l'information des annexes A, B et C du Guide de demande.
3. Si le financement est approuvé, notre organisme accepte d'utiliser les fonds pour appuyer uniquement le ou les programmes, la ou les initiatives énumérées dans la présente demande.
4. Si le financement est approuvé, notre organisme accepte de fournir à Centraide de la région du Grand Moncton et du sud-est du Nouveau-Brunswick inc. un rapport des résultats finaux, de même qu'un rapport budgétaire une fois le projet terminé. Si Centraide en fait la demande, il doit pouvoir avoir accès à tout relevé annuel mis à jour vérifié et examiné (différent de celui soumis dans le cadre de cette proposition).

---

Nom du directeur général/directrice générale

---

Signature du directeur général/directrice générale

---

Date

---

Nom d'un membre du conseil d'administration

---

Signature d'un membre du conseil d'administration

---

Date

L'original et **deux** copies de la demande complètes devraient être envoyées à la soussignée et **une copie électronique**

MICHA FARDY  
DIRECTRICE DU DEVELOPPEMENT COMMUNAUTAIRE  
CENTRAIDE DE LA REGION DU GRAND MONCTON ET DU SUD-EST DU N.-B.  
P.O. Box 768  
MONCTON, N.-B. E1C 8M9  
(506) 858-8600

[MFARDY@MONCTON.UNITEDWAY.CA](mailto:MFARDY@MONCTON.UNITEDWAY.CA)