

Formulaire de demande d’aide financière

A Renseignements sur le demandeur	
A.1	Nom complet de la municipalité ou de la municipalité régionale de comté (MRC) _____
	Date de la déclaration de compétence en transport collectif en milieu rural _____ (aaaa-mm-jj)
A.2	Adresse complète Numéro et rue _____ Case postale _____
	Municipalité ou MRC _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

B Renseignements concernant la personne-ressource du demandeur	
B.1	Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M. _____ Fonction au sein de l’organisme _____
B.2	Téléphone (bureau) Ind. rég. _____ Poste _____ Télécopieur (bureau) Ind. rég. _____ Téléphone cellulaire Ind. rég. _____
	Courriel _____

C Renseignements sur le regroupement, s’il y a lieu	
Est-ce qu’il y a d’autres municipalités ou MRC regroupées avec le demandeur dans le but de réaliser le projet ?	
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez indiquer, à la section D, la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement)	
<input type="checkbox"/> Non (veuillez passer à la section E)	

D Renseignements sur la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement				
D.1	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.2	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				

D.3	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.4	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				

D.5	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.6	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				

E	Renseignements sur le projet faisant l'objet de la demande	
E.1	Description des objectifs et des résultats attendus	
E.2	Détails sur le projet Nature du projet <input type="checkbox"/> Capsules d'information <input type="checkbox"/> Séances d'information <input type="checkbox"/> Tenue de kiosque <input type="checkbox"/> Parrainage <input type="checkbox"/> Accompagnement <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____	Nombre de personnes âgées visées _____ _____ _____ _____ _____
E.3	Explication de la contribution du projet à l'atteinte de l'objectif du présent volet	

F Mise en œuvre et coordination du projet	
F.1	Est-ce que le demandeur est l'entité la plus apte à assurer la coordination du projet faisant l'objet de la présente demande ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non, veuillez indiquer l'entité la plus apte : _____
F.2	Présentation de l'expertise du demandeur (ou de la municipalité ou de la MRC concernée) en matière de coordination de projet d'apprentissage
F.3	Moyens prévus pour le suivi et la reddition de comptes du projet

G Échéancier des étapes de réalisation du projet	
Date de début prévue du projet : _____ (aaaa-mm-jj)	Date de fin prévue du projet : _____ (aaaa-mm-jj)
Étape de réalisation	Échéancier de réalisation des travaux
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
	(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

H Plan de financement	
Coût total du projet (taxes nettes incluses)	_____ \$
Coûts totaux admissibles	_____ \$
Contribution du demandeur de l'aide financière	_____ \$
Contribution des autres partenaires (s'il y a lieu)	
Identification du partenaire : _____	_____ \$
Identification du partenaire : _____	_____ \$
Contribution demandée au ministère des Transports	_____ \$

I Dépenses admissibles assumées	
Dépenses de fonctionnement directes (rémunération et contrats liés à la réalisation du projet pilote)	\$
Frais d'administration qui ne dépassent pas 15% du montant de l'aide financière (activités de secrétariat, tenue de livres et comptabilité, frais de poste et de reprographie, matériel de bureau)	\$
Frais de promotion et d'animation (frais de réservation de salles, frais de déplacement et de subsistance des accompagnants)	\$
Total des dépenses	\$

J Vérification des pièces justificatives

Important : Vous devez fournir toutes les pièces justificatives mentionnées ci-après. Dans le cas contraire, votre dossier ne sera pas pris en considération.

Copie du règlement interne démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec le ministre, et copie de la résolution du conseil du demandeur mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée **OU** copie de la résolution du conseil du demandeur démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec le ministre et mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée

Plan de développement du transport collectif régional du demandeur

Plan d'action Municipalité amis des aînés (MADA) du demandeur, s'il y a lieu

Prévisions budgétaires pour l'année financière en cours

Tout autre document ou argument permettant d'analyser le projet déposé

K Déclaration du demandeur

Par la présente, je confirme que je suis la personne autorisée par le demandeur pour présenter une demande d'aide financière en son nom dans le cadre du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés et que je suis dûment autorisée ou autorisé par le demandeur à signer tout document ou entente à cet effet avec le ministre (veuillez joindre une copie du règlement interne ou de la résolution qui en atteste, le cas échéant).

J'atteste que tous les renseignements fournis au ministère des Transports du Québec dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

Je reconnais que le bénéficiaire doit fournir au Ministère tous les renseignements que ce dernier pourrait demander conformément aux conditions précisées dans les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés, dont j'ai pris connaissance.

Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière de la part du ministre des Transports du Québec, je reconnais que le bénéficiaire s'engage à respecter les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés.

Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière, je reconnais que le bénéficiaire de celle-ci est responsable de tout dommage causé par lui-même, ses employés, agents, représentants ou sous-traitants dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de son engagement ou de tout manquement à une obligation prise en vertu de cet engagement, et que le bénéficiaire s'engage ainsi à indemniser le ministre de toutes les réclamations, demandes et poursuites et de tous les recours pris en raison de dommages ainsi causés.

Nom du représentant en caractères d'imprimerie

Titre

Signature du représentant

Date (aaaa-mm-jj)

Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés
Direction des aides en transport collectif
Ministère des Transports
Courriel : transports-quebec.programmes@transports.gouv.qc.ca