



**FONDATION  
SAINTE-CROIX/HERIOT**

*ici pour toute la vie!*

## Formulaire de demande de financement

**À compléter par le personnel de la Fondation Sainte-Croix/Heriot lorsque la demande est acceptée**

Numéro de référence : \_\_\_\_\_

Nom de l'équipement : \_\_\_\_\_

Département : \_\_\_\_\_

Montant du projet : \_\_\_\_\_

Provenance des fonds : \_\_\_\_\_

## ***Demande de financement***

La Fondation Sainte-Croix/Heriot est un outil dont s'est dotée la population de Drummondville pour assurer un soutien financier aux établissements de notre région afin de permettre la réalisation de projets déterminants pour la qualité des soins et services offerts à notre communauté.

C'est dans cette optique que nous sollicitons votre collaboration pour nous faire part d'idées de projets à financer dans votre département qui feraient une réelle différence pour les usagers et le personnel. Nous cherchons à connaître quelle est cette liste de petits ou grands projets que vous avez toujours rêvé de voir se réaliser, mais qui ne serait jamais possible de faire avec les budgets actuels accordés par le Ministère.

Puisque la Fondation ne veut pas se substituer à la responsabilité du gouvernement en matière de soins de santé, notre comité d'attribution considèrera plusieurs facteurs lors de son évaluation du projet. Ceux-ci se retrouvent à la dernière section de ce formulaire.

Les projets retenus seront ceux qui auront le plus d'impact pour que nos établissements puissent se développer, se distinguer et offrir des services de proximité et de qualité dans une perspective d'avenir meilleur.

## ***Procédure***

**Un nouveau processus est en vigueur** cet automne afin de centraliser la période de dépôt des demandes de financement de projets et d'équipements. Nous les acceptons dès aujourd'hui, et ce, **jusqu'au 11 décembre 2026**.

Toutes les demandes de financement doivent être présentées et signées par le demandeur, son gestionnaire, et autorisées par un haut dirigeant de Santé Québec MCQ (secteur Drummondville), soit le parrain de la Fondation, M. Hugues Rivard afin de s'assurer qu'elle s'insère dans le plan de développement de l'établissement. Si la demande provient d'un gestionnaire de secteur, celle-ci doit être signée par le cadre supérieur de ce secteur. Le formulaire en annexe, dûment complété par tous les intervenants, doit être par la suite acheminé à la Fondation Sainte-Croix/Heriot. **La demande doit être remplie et signée de façon à être clairement lisible.**

Il est possible que la direction générale de la Fondation demande au chef de service ou un autre représentant de venir expliquer la nature de sa requête à un comité d'attribution ou au conseil d'administration.

**L'annonce des projets financés aura lieu en avril 2027** par la direction générale ou par une résolution du conseil d'administration de la décision d'accepter ou non de financer le projet.

Lorsque le projet sera terminé, il est de votre responsabilité d'aviser la Fondation. À ce moment, le paiement s'effectuera sur présentation d'une facture provenant de la comptabilité du Santé Québec MCQ ainsi qu'une pièce justificative d'achat. Un suivi sera effectué à la fin du projet afin d'évaluer les retombées.

La demande doit être acheminée par courriel à **M. Hugues Rivard** pour autorisation à l'adresse suivante : [Hugues\\_Rivard@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Hugues_Rivard@ssss.gouv.qc.ca) et en copie conforme à la direction générale de la Fondation **Marika Smith**: [msmith@fondationsaintecroixheriot.com](mailto:msmith@fondationsaintecroixheriot.com)



## DEMANDE DE FINANCEMENT

### INFORMATION GÉNÉRALE

*Lors de l'analyse des projets soumis, la Fondation tient notamment compte de l'engagement du département envers sa mission et ses activités. Au-delà de la contribution financière, nous souhaitons favoriser une réelle collaboration avec les équipes qui bénéficient du soutien de la Fondation.*

*Ainsi, les membres des départements soutenus sont invités à s'impliquer dans la vie de la Fondation, notamment en participant à ses activités et événements, en contribuant à faire rayonner les projets réalisés et en agissant comme ambassadeurs de l'impact de la Fondation au sein de notre communauté.*

*De plus, la présence d'un intervenant pourrait être demandée pour une prise de parole, un témoignage, la participation à une vidéo ou toute autre intervention pouvant aider la Fondation.*

**Fonds dédié :** un fonds peut être créé exclusivement pour un département (avec un minimum de 2 500 \$). Certains donateurs choisissent d'y contribuer. Vous pouvez également en faire la promotion, y participer personnellement ou mettre sur pied une collecte de fonds pour votre département!

|                                |                                        |
|--------------------------------|----------------------------------------|
| Identification de la demande : | (Description brève du projet)          |
| Direction :                    | (Nom de la direction concernée)        |
| Demandeur :                    | (Nom du demandeur, personne-ressource) |
| Coordonnées du demandeur :     | (Téléphone, courriel)                  |
| Date :                         | (Format : JJ-MM-AAAA)                  |

### Description du besoin

*Présenter une brève description du besoin, de la problématique ou de l'opportunité*

### Précision de la demande

*Définir l'équipement et/ou projet demandé*

### Demande du projet soumise à Santé Québec MCQ

*Préciser si la demande a été effectuée auprès du comité de direction du Santé Québec MCQ*

☐ Oui ☐ Non

**Donner la raison pour laquelle la demande est également acheminée à la Fondation Sainte-Croix/Heriot :**

|  |
|--|
|  |
|--|

### Impact clinique

Préciser les avantages à la réalisation du projet

|                                                     |                                        |                                                 |                                            |
|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|-------------------------------------------------|--------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Nouveau service            | <input type="checkbox"/> Accessibilité | <input type="checkbox"/> Amélioration des soins | <input type="checkbox"/> Autres (préciser) |
| Détail :                                            |                                        |                                                 |                                            |
| Quelle clientèle bénéficiera de cet investissement? |                                        |                                                 |                                            |

### Évaluation des coûts

|                                                                                                                   |                                            |                              |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------|------------------------------|--|
| Cout du projet (incluant les taxes)                                                                               | Équipement                                 |                              |  |
|                                                                                                                   | Autres équipements (logiciel, accessoires) |                              |  |
|                                                                                                                   | Frais d'aménagement                        |                              |  |
|                                                                                                                   | Main-d'œuvre                               |                              |  |
|                                                                                                                   | Formation                                  |                              |  |
|                                                                                                                   | Autres (livraison, douanes, etc.)          |                              |  |
|                                                                                                                   | <b>Total des coûts :</b>                   |                              |  |
| Soumission ou liste de prix par le service d'approvisionnement incluse. <b>Joindre la soumission si possible.</b> | <input type="checkbox"/> Oui               | <input type="checkbox"/> Non |  |
|                                                                                                                   | Fournisseur :                              |                              |  |
|                                                                                                                   | Date :                                     |                              |  |
| Cout récurrent (Contrat de service, etc.)                                                                         | <input type="checkbox"/> Oui               | <input type="checkbox"/> Non |  |
|                                                                                                                   | Si oui, préciser :                         |                              |  |

### Financement du projet

|                                                                                                                                                    |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Si applicable, à quel pourcentage le Santé Québec MCQ contribuera-t-il au financement de ce projet? Vous devez avoir fait la demande au préalable. | Préciser : |
| Montant demandé à la fondation :                                                                                                                   |            |
| Date de livraison estimée :                                                                                                                        |            |

### Informations supplémentaires

Insérer toute information supplémentaire en lien avec la demande

|  |
|--|
|  |
|--|

**PRENDRE NOTE QUE VOUS DEVEZ NOUS AVISER DÈS QUE LE PROJET EST COMPLÉTÉ.**

Signature et courriel du demandeur : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature et courriel du gestionnaire : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Signature et courriel du cadre supérieur \* : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

\*Si la demande est placée par le gestionnaire

Signature haut dirigeant : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(secteur Drummondville) M. Hugues Rivard

| <b>Section réservée au comité d'attribution des subventions de la Fondation Sainte-Croix/Heriot</b> |                              |                              |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| <i>Information concernant la décision sur la réalisation du projet</i>                              |                              |                              |
| <b>Date de la présentation du projet au comité d'attribution</b>                                    |                              |                              |
| <b>Acceptation du projet</b>                                                                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| <b>Décision appuyée sur un ou des éléments suivants :</b>                                           |                              |                              |
| Fonds dédiés pour un département ciblé                                                              | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Amélioration significative des services offerts                                                     | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Offre d'un nouveau service                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Meilleurs diagnostics et/ou prévention de maladies graves                                           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Amélioration de l'accessibilité aux soins ou services pour la population                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Diminution des temps d'attente                                                                      | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Financement possible par le Santé Québec MCQ                                                        | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Permet la rétention ou le recrutement de spécialistes                                               | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Investissement 100 % local                                                                          | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Projet encourageant les saines habitudes de vie?                                                    | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| En lien avec le Fonds d'humanisation des soins (améliorer le bien-être de l'utilisateur)?           | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |
| Autres (préciser) :                                                                                 |                              |                              |

Signature de la directrice générale : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
Mme Marika Smith

Signature du président du C.A \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_  
(\*si approuvée par un comité)

La demande doit être acheminée par courriel à **M. Hugues Rivard** pour autorisation à l'adresse suivante : [Hugues.Rivard@ssss.gouv.qc.ca](mailto:Hugues.Rivard@ssss.gouv.qc.ca) et en copie conforme à la direction générale de la Fondation **Marika Smith** : [msmith@fondationsaintecroixheriot.com](mailto:msmith@fondationsaintecroixheriot.com)