

**DEMANDE DE FINANCEMENT À PARKINSON MONTRÉAL-LAVAL  
POUR DES SERVICES AUX PERSONNES VIVANT AVEC LE PARKINSON**

**1. IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

Nom : \_\_\_\_\_

Statut : \_\_\_\_\_

Adresse civique : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Site Web : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Bureau ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**2. PERSONNE RESPONSABLE DU PROJET**

Nom : \_\_\_\_\_

Fonction ; \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Numéros de téléphone :

Bureau ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Cellulaire ( ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**3. MISSION ET OBJECTIFS DE L'ORGANISME (s'il y a lieu)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**4. NATURE DU PROJET**

**DESCRIPTION DU PROJET :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**PROBLÉMATIQUE RENCONTRÉE :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**DESCRIPTION DE L'ACTIVITÉ :**

**CLIENTÈLE CIBLÉE – TYPE D'ACTIVITÉ - FRÉQUENCE- LIEU- RESSOURCES HUMAINES REQUISES (150 MOTS)**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**OBJECTIFS ET RÉSULTATS VISÉS**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 5. SOURCES DE FINANCEMENT

Une partie des coûts liés à cette activité seront-ils couverts par une autre source de financement?

Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer la source et le montant qui sera alloué? \_\_\_\_\_

## 6. FINANCEMENT TOTAL DEMANDÉ (fournir un budget détaillé séparément si nécessaire)

À titre d'exemple :		Autres dépenses (veuillez préciser)	
Honoraires	\$		\$
Matériel	\$		\$
Frais de déplacement	\$		\$
<b>DÉPENSES TOTALES :</b>			\$

## 7. CALENDRIER DE RÉALISATION (s'il y a lieu)

## 8. SIGNATURE DE LA PERSONNE QUI SOUMET LA DEMANDE

\_\_\_\_\_

NOM EN LETTRES MOULÉES

\_\_\_\_\_

SIGNATURE

DATE DE SOUMISSION : \_\_\_\_\_

### **Pour usage de Parkinson Montréal-Laval**

Approbation par:

Nom \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_

Nom \_\_\_\_\_ Signature : \_\_\_\_\_ Date : (jj/mm/aa) \_\_\_\_\_