

ANNEXE 1

FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION (pour la venue d'un formateur)

COORDONNÉES

Nom de la personne présentant la demande : _____

Organisme : _____

Adresse : _____ Ville : _____

Code postal : _____ Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

PROJET DE FORMATION

Titre de la formation : _____

Date : _____ Durée : _____ Lieu : _____

Objectif de la formation : _____

Impact direct sur les services auprès de votre clientèle : _____

Nombre d'organismes pouvant avoir accès à la formation : _____

Territoire desservi par cette formation : _____

FORMATEUR

Honoraire du formateur : _____ \$

Coût du matériel : _____ \$

TOTAL (A) : _____ \$

FRAIS DE DÉPLACEMENTAutomobile : Nombre de KM : _____ X 0,600 \$ = _____ \$Autobus : Coût : _____ \$Avion : Coût : _____ \$**TOTAL (B) :** _____ \$**REPAS**

Date : _____

Déjeuner : Nombre de déjeuners : _____ X 13,75 \$ = _____ \$

Dîner : Nombre de dîners : _____ X 18,90 \$ = _____ \$

Souper : Nombre de soupers : _____ X 28,50 \$ = _____ \$

Total (C) : _____ \$**HÉBERGEMENT**

Date : _____

Coût par nuit : _____ \$ X le nombre de nuits : _____ = _____ \$

Total (D) : _____ \$**COÛT TOTAL DE LA FORMATION**

Total des sections (A+B+C+D) : _____ \$

- (Soustraire)

Coûts assumés par l'organisme (excluant le salaire) : _____ \$

- (Soustraire)

Coûts assumés pour la participation à la formation (si applicable) : _____ \$

= (Égal)

_____ \$

Subvention demandée : _____ \$

Signature : _____

Date : _____

Faire parvenir les demandes de subvention et de réclamation à :

Élyse Perron

Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) de la Côte-Nord

4, rue de l'Hôpital

Les Escoumins (Québec) G0T 1K0

Téléphone : 418 233-2931 poste 232214

Courriel: elyse.perron.09ciyss@ssss.gouv.qc.ca