

Programme de financement de la SST

Formulaire de demande

Veillez soumettre votre formulaire de demande dûment rempli à l'adresse indiquée ci-dessous.

Pour obtenir de plus amples renseignements sur le Programme de financement de la santé et de la sécurité au travail (SST), y compris les critères d'admissibilité et la marche à suivre, veuillez consulter le guide d'information sur ce programme ici : wsc.nt.ca/fr ou wsc.nu.ca/fr

Si votre organisme présente une demande pour plus d'une initiative, remplissez un formulaire distinct pour chacune. Si vous avez besoin de plus d'espace pour vos réponses, veuillez l'indiquer dans la section correspondante du formulaire et joignez un document à votre formulaire de demande.

Veillez examiner la **liste de vérification**, y compris pour les documents justificatifs à joindre, ici : wsc.nt.ca/fr ou wsc.nu.ca/fr

Si vous avez des questions, veuillez communiquer avec **l'équipe administrant le Programme de financement de la SST** :

Par courriel, à funding@wsc.nt.ca ou à funding@wsc.nu.ca

Par téléphone, au 867-920-3843

A – Coordonnées			
Organisme principal			
Organisme principal (dénomination sociale)		Nom commercial (si différent de la dénomination sociale)	
Adresse postale	Communauté ou ville	Territoire ou province	Code postal
Adresse du site Web de l'organisme			
Chef de la direction ou personne ayant un rôle équivalent			
Prénom		Nom	
Titre exact (le cas échéant)	Téléphone (avec l'indicatif régional)	Courriel	
Première personne-ressource			
Prénom		Nom	
Titre (le cas échéant)	Téléphone (avec l'indicatif régional)	Courriel	
Avez-vous le droit de signer au nom de l'organisme ou de l'entité?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Méthode de communication préférée			
<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel			
Langue préférée			
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre : _____			

Autre personne-ressource désignée		
Prénom		Nom
Titre (le cas échéant)	Téléphone (avec l'indicatif régional)	Courriel
Avez-vous le droit de signer au nom de l'organisme ou de l'entité? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Méthode de communication préférée <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel		
Langue préférée <input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre : _____		

B – Renseignements sur l'organisme

B – Partie 1 : Renseignements sur l'organisme principal

1. Avez-vous reçu du financement de la WSCC dans le passé?
 Oui Non
 Si oui, veuillez indiquer le numéro de l'entente de contribution _____ et l'année du financement le plus récent _____.

2. Quel est le statut juridique de votre organisme?
 Société des TNO Société du Nunavut Société extraterritoriale
 Société sans but lucratif des TNO Société sans but lucratif du Nunavut Société sans but lucratif extraterritoriale
 Association coopérative Entreprise individuelle Société en nom collectif
 Gouvernement autochtone Hameau, village ou ville Autre – précisez : _____

3. Depuis combien d'années votre organisme existe-t-il?

4. a. Où se trouve le siège social de votre organisme?
 b. Si votre siège social est situé à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut, avez-vous un bureau opérationnel dans ces territoires?
 Oui Non
 Si oui, veuillez indiquer le nom de la communauté où se trouve le bureau opérationnel. _____

5. Conformité – remplir la question A ou B (selon le cas) :

A. Organismes ayant un siège social aux Territoires du Nord-Ouest ou au Nunavut. Votre organisme est-il conforme à la *Loi sur les sociétés*, à la *Loi sur les sociétés par actions* ou à la *Loi sur les associations coopératives* de votre territoire?
 Oui Non Si non, veuillez expliquer : _____

Documents à l'appui de la demande requis :
 Oui, j'ai joint à ma demande la preuve de conformité appropriée.
 TNO Nunavut

B. Organismes ayant un siège social à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut. Votre organisme est-il conforme aux lois équivalentes dans votre province ou territoire à la *Loi sur les sociétés*, à la *Loi sur les sociétés par actions* ou à la *Loi sur les associations coopératives* des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut?
 Oui Non Si non, veuillez expliquer : _____

Documents à l'appui de la demande requis :
 Oui, j'ai joint à ma demande la preuve de conformité appropriée provenant de ma province ou de mon territoire.

6. Quelle est l'activité principale de votre organisme?

7. Vous devez fournir une preuve de la capacité de votre organisme à obtenir des résultats pour l'initiative de SST que vous proposez. Joignez à votre formulaire de demande deux (2) lettres signées attestant de l'expérience et de l'expertise de votre organisme. Les lettres peuvent provenir d'organisations auxquelles vous avez fourni des services de SST dans le passé, de bailleurs de fonds antérieurs, de responsables communautaires ou de références professionnelles.

Documents à l'appui de la demande requis :

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande deux (2) lettres signées attestant de l'expérience et de l'expertise de mon organisme.

8. Êtes-vous un employeur inscrit auprès de la WSCC?

Oui Non

Si oui, veuillez fournir votre numéro d'employeur auprès de la WSCC : _____

Si non, veuillez expliquer pourquoi : _____

9. Votre milieu de travail a-t-il la désignation Safe Workplace ou, à un niveau avancé, Advanced Safe Workplace dans le cadre du programme Safe Workplace de la WSCC?

Oui Non

Si oui, veuillez joindre à votre demande une copie du certificat Safe Workplace ou Advanced Safe Workplace actuel.

Si non, j'ai discuté avec l'équipe administrant le Programme de financement de la SST de la façon dont je peux fournir une preuve adéquate de l'engagement de mon organisme à être un milieu de travail sécuritaire.

10. **Organismes ayant un siège social à l'extérieur des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut.** Pour être admissible, votre organisme ne doit pas avoir d'obligations financières courantes envers la commission des accidents du travail de la province ou du territoire où il se trouve.

Votre organisme est-il en règle envers la commission des accidents du travail de votre province ou territoire?

Oui Non Si non, veuillez expliquer : _____

Documents à l'appui de la demande requis :

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande une lettre de conformité de la commission des accidents du travail de la province ou du territoire où se trouve mon organisme.

B – Partie 2 : Renseignements sur l'organisme partenaire (le cas échéant)

Un organisme partenaire apporte son soutien à la préparation, à la promotion, à la mise en œuvre ou à l'évaluation de la réussite d'une initiative de SST. Il peut aussi fournir un soutien financier ou en nature à l'organisme demandeur.

11. Travaillez-vous en partenariat avec un autre organisme pour cette initiative?

Oui Non

Si oui, veuillez remplir le reste de la section « B – Partie 2 ».

Si non, veuillez passer à « B – Partie 3 » pour continuer.

12. **Quel est le rôle de votre organisme partenaire dans le contexte de cette initiative?** Sélectionnez toutes les réponses qui s'appliquent :

Aide à la préparation, à la promotion, à la mise en œuvre ou à l'évaluation de la réussite de l'initiative

Offre de la formation exigée par la législation sur la sécurité

Soutien en nature

Soutien financier

Vous devez joindre une lettre signée par votre organisme partenaire confirmant son rôle dans l'initiative, comme indiqué dans les cases cochées ci-dessus.

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande une lettre signée de mon organisme partenaire confirmant son rôle dans l'initiative.

Remarque : Vous n'êtes pas admissible à un financement si votre organisme partenaire en reçoit de la WSCC pour la même initiative de SST.

13. Coordonnées de l'organisme partenaire (le cas échéant)			
Organisme partenaire (dénomination sociale)		Nom commercial (si différent de la dénomination sociale)	
Adresse postale		Communauté ou ville	Territoire ou province
Code postal			
Adresse du site Web de l'organisme			
Chef de la direction ou personne ayant un rôle équivalent			
Prénom		Nom	
Titre (le cas échéant)		Téléphone (avec l'indicatif régional)	Courriel
Première personne-ressource			
Prénom		Nom	
Titre (le cas échéant)		Téléphone (avec l'indicatif régional)	Courriel
Cette personne a-t-elle le droit de signer au nom de l'organisme ou de l'entité?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Méthode de communication préférée			
<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Courriel			
Langue préférée			
<input type="checkbox"/> Anglais <input type="checkbox"/> Français <input type="checkbox"/> Inuktitut <input type="checkbox"/> Autre : _____			
14. Quel est le statut juridique de l'organisme partenaire?			
<input type="checkbox"/> Société des TNO	<input type="checkbox"/> Société du Nunavut	<input type="checkbox"/> Société extraterritoriale	
<input type="checkbox"/> Société sans but lucratif des TNO	<input type="checkbox"/> Société sans but lucratif du Nunavut	<input type="checkbox"/> Société sans but lucratif extraterritoriale	
<input type="checkbox"/> Association coopérative	<input type="checkbox"/> Entreprise individuelle	<input type="checkbox"/> Société en nom collectif	
<input type="checkbox"/> Gouvernement autochtone	<input type="checkbox"/> Hameau, village ou ville	<input type="checkbox"/> Autre – précisez : _____	
Documents à l'appui de la demande requis :			
<input type="checkbox"/> Oui , j'ai joint à mon formulaire de demande une preuve de conformité de mon organisme partenaire à la <i>Loi sur les sociétés</i> , à la <i>Loi sur les sociétés par actions</i> ou à la <i>Loi sur les associations coopératives</i> des Territoires du Nord-Ouest ou du Nunavut			
<input type="checkbox"/> TNO <input type="checkbox"/> Nunavut			
15. Quelle est l'activité principale de votre organisme partenaire?			

B – Partie 3 : Renseignements sur le bailleur de fonds externe (le cas échéant)

Un bailleur de fonds externe est un organisme fournissant **uniquement** un soutien financier ou en nature à l'organisme demandeur.

16. Avez-vous un ou plusieurs bailleurs de fonds externes pour cette initiative?

Oui Non

Si oui, veuillez indiquer le nom de chaque bailleur de fonds externe :

Remarque : La WSCC peut demander une lettre signée par un bailleur de fonds externe indiquant clairement sa contribution.

C – Renseignements sur l'initiative de SST

Si vous demandez un financement pour plus d'une initiative, remplissez un formulaire distinct pour chacune.

C – Partie 1 : Description et objectif

17. Titre de l'initiative :

18. Décrivez l'initiative de SST que votre équipe mettra en œuvre :

19. L'initiative de SST comprend-elle :

un cours de familiarisation en SST pour superviseurs?

Oui Non

une formation sur les premiers soins (en secourisme)?

Oui Non

une formation liée à l'emploi, requise par la législation sur la sécurité?

Oui Non

Si **oui**, veuillez énumérer les activités de formation liées à l'emploi offertes :

Remarque : Si vous offrez une **formation en secourisme** ou un **cours de familiarisation en SST pour superviseurs**, votre organisme doit être agréé par l'agent en chef de la sécurité de la WSCC. Si vous offrez une autre **formation liée à l'emploi** exigée par la législation sur la sécurité, celle-ci doit répondre aux normes de l'industrie et les instructeurs doivent posséder les qualifications requises, telles que déterminées par l'agent en chef de la sécurité de la WSCC.

20. Décrivez l'objectif général de cette initiative.

Exemple : Augmenter le nombre de secouristes formés à (nom de la communauté)

21. Expliquez en quoi votre initiative aidera à atteindre les objectifs du Programme de financement de la SST, soit :

- accroître l'**offre** d'initiatives de SST dans les communautés en dehors de Yellowknife, d'Iqaluit et de leurs environs;
- accroître l'**accès** aux initiatives de SST (par exemple, par une réduction des coûts ou l'élimination de barrières linguistiques).

22. Pourquoi cette initiative est-elle nécessaire dans cette région et en ce moment?

23. Comment avez-vous déterminé l'existence de ce besoin?

Exemple : Vous avez entendu dire qu'il n'y avait pas de fournisseurs de premiers soins disponibles dans la région.

Remarque : Pensez à joindre des lettres d'organisations qui ont sollicité vos services ou toute autre preuve du besoin que vous avez cerné.

Oui, j'ai inclus la preuve de la nécessité de cette initiative.

C – Partie 2 : Plan de l'initiative

Préparation

24. Quelles mesures prendrez-vous pour la préparation de votre initiative?

Exemples : Procéder à une évaluation des besoins en matière de services, former votre équipe, établir un calendrier de mise en œuvre

25. **Besoins en ressources pour la préparation**

De quelles ressources disposez-vous déjà pour préparer votre initiative?

Exemple : Matériel de formation des formateurs

De quelles ressources avez-vous besoin pour préparer votre initiative?

Exemple : Un entrepreneur qui évaluera les besoins

Promotion

26. Devrez-vous promouvoir votre initiative pour assurer la participation?

Oui Non

Si oui, veuillez remplir le reste de la section « Promotion ».
Si non, veuillez passer à « Mise en œuvre » pour continuer.

27. Cette initiative fera l'objet d'une promotion auprès des personnes suivantes – cochez toutes les réponses qui s'appliquent :

Employeurs Travailleurs Éducateurs Jeunes Autres personnes – veuillez préciser : _____

28. Quelles méthodes de promotion allez-vous utiliser?

Exemples : Médias sociaux, publicité à la radio, courriels directs, appels téléphoniques

29. **Besoins en ressources pour la promotion**

De quelles ressources disposez-vous déjà pour promouvoir votre initiative?

Exemples : Soutien interne à la conception graphique et matériel promotionnel existant

De quelles ressources avez-vous besoin pour promouvoir votre initiative?

Exemples : Entrepreneur pour le travail de conception graphique ou argent pour le placement de publicités radiophonique

Mise en œuvre

30. Si la mise en œuvre de votre initiative ne correspond à aucune des questions 31 à 37, veuillez communiquer avec l'équipe administrant le Programme de financement de la SST au moins **deux semaines avant** la date limite de présentation des demandes pour discuter de la façon de transmettre les renseignements requis.

[J'ai joint à mon formulaire de demande un document distinct contenant ces renseignements.](#)

31. Titre du cours (ou titres des cours) :

32. Si un ou plusieurs cours doivent faire l'objet d'une vérification pour assurer la conformité aux normes de l'industrie, veuillez fournir une preuve de cette vérification.

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande une preuve de vérification (ou plusieurs).

33. Mode d'enseignement

Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- En personne En ligne, sous la direction d'un(e) instructeur ou instructrice
 En ligne, sous forme d'un apprentissage autodirigé

Si l'enseignement est en présentiel, comment assurerez-vous la présence? _____

34. Communauté(s) :

Où les formations ou les cours seront-ils donnés? _____

35. Durée de la formation ou du cours :

Nombre de jours : _____ Nombre d'heures par jour : _____

36. Participants :

Nombre estimé de participants par cours : _____ Nombre estimé de participants au total : _____

37. Y aura-t-il un coût pour les participants?

- Oui Non

Si oui, veuillez fournir des détails : _____

38. Besoins en ressources pour la mise en œuvre

De quelles ressources disposez-vous déjà pour mettre en œuvre votre initiative?

Exemples : Programme d'études et cahiers d'exercices

De quelles ressources avez-vous besoin pour mettre en œuvre votre initiative?

Exemples : Location d'installations et services de traiteur

Mesure du succès

39. Résultats

Quel est l'effet souhaité de votre initiative sur les connaissances, les compétences, les aptitudes, les attitudes, la sensibilisation ou les comportements des participants?

Exemple : Les superviseurs comprennent mieux leurs responsabilités en vertu de la Loi sur la sécurité.

40. Indicateurs

Qu'allez-vous mesurer pour évaluer l'effet de l'initiative?

Exemples quantitatifs : Nombre d'événements organisés, nombre de participants, nombre de plans de sécurité établis, nombre de participants ayant réussi l'examen

Exemples qualitatifs : Questions visant à mesurer des changements particuliers dans les connaissances, les attitudes ou la sensibilisation des participants avant et après l'événement (p. ex. « Sur une échelle de 1 à 10, comment évaluez-vous votre compréhension de la responsabilité d'un superviseur en ce qui a trait à la sécurité de ses employés? »)

41. Méthodes et outils

Quels sont les méthodes et outils d'évaluation que vous utiliserez pour mesurer l'effet de l'initiative?

Exemples quantitatifs : Assiduité, formulaires concrets, autres outils de collecte de données

Exemples qualitatifs : Évaluations, enquêtes, questionnaires à remplir avant et après la participation

C – Partie 4 : Équipe de mise en œuvre

44. Combien de membres l'équipe de mise en œuvre de cette initiative compte-t-elle au total?

Remarque : Si l'équipe compte plus de trois membres, veuillez fournir des précisions sur chaque membre dans un document distinct.

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande un document séparé pour les membres supplémentaires.

45. Combien de curriculum vitae joignez-vous au formulaire de demande?

Remarque : Vous devez inclure le curriculum vitae de la ou du chef d'équipe ou des cochefs ainsi que de tout membre de l'équipe qui donnera une formation nécessitant des titres de compétences particuliers. Les curriculum vitae des autres membres de l'équipe sont facultatifs.

Membre de l'équipe n° 1 (chef)

Prénom

Nom

Titre (le cas échéant)

Documents à l'appui de la demande requis :

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande un curriculum vitae et les titres de compétences pertinents pour la ou le chef d'équipe.

46. Cette personne a-t-elle vécu aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?

Oui Non

Si oui, pendant combien d'années? _____

47. Cette personne a-t-elle travaillé aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?

Oui Non

Si oui, pendant combien d'années? _____

48. Quelle est la relation de cette personne avec votre organisme? (Sélectionnez une réponse.)

Employé(e) de l'organisme

Employé(e) de l'organisme partenaire

Consultant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____

Sous-traitant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____

Bénévole

Autre – veuillez préciser : _____

49. Quel est le rôle de cette personne dans le contexte de l'initiative?

50. Veuillez indiquer son expertise (formation spécialisée ou titres de compétences) et son expérience pertinente pour l'initiative :

51. Veuillez dresser la liste des formations de sensibilisation aux réalités culturelles qu'a suivies cette personne et qui sont propres au territoire où se déroulera l'initiative :

Exemple : Bien vivre ensemble – formation de sensibilisation aux réalités culturelles autochtones du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

Membre de l'équipe n° 2	
Prénom	Nom
Titre (le cas échéant)	
Est-ce que ce ou cette membre de l'équipe est un(e) cochef?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Un curriculum vitae ou des titres de compétences pertinents sont-ils inclus pour ce ou cette membre de l'équipe?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
52. Cette personne a-t-elle vécu aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pendant combien d'années? _____	
53. Cette personne a-t-elle travaillé aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pendant combien d'années? _____	
54. Quelle est la relation de cette personne avec votre organisme? (Sélectionnez une réponse.)	
<input type="checkbox"/> Employé(e) de l'organisme	
<input type="checkbox"/> Employé(e) de l'organisme partenaire	
<input type="checkbox"/> Consultant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____	
<input type="checkbox"/> Sous-traitant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____	
<input type="checkbox"/> Bénévole	
<input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser : _____	
55. Quel est le rôle de cette personne dans le contexte de l'initiative?	
56. Veuillez indiquer son expertise (formation spécialisée ou titres de compétences) et son expérience pertinente pour l'initiative :	
57. Veuillez dresser la liste des formations de sensibilisation aux réalités culturelles qu'a suivies cette personne et qui sont propres au territoire où se déroulera l'initiative :	
<i>Exemple : Bien vivre ensemble – formation de sensibilisation aux réalités culturelles autochtones du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest</i>	

Membre de l'équipe n° 3	
Prénom	Nom
Titre (le cas échéant)	
Est-ce que ce ou cette membre de l'équipe est un(e) cochef?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Un curriculum vitae ou des titres de compétences pertinents sont-ils inclus pour ce ou cette membre de l'équipe?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
58. Cette personne a-t-elle vécu aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pendant combien d'années? _____	
59. Cette personne a-t-elle travaillé aux TNO ou au Nunavut, ou les deux?	
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, pendant combien d'années? _____	
60. Quelle est la relation de cette personne avec votre organisme? (Sélectionnez une réponse.)	
<input type="checkbox"/> Employé(e) de l'organisme	
<input type="checkbox"/> Employé(e) de l'organisme partenaire	
<input type="checkbox"/> Consultant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____	
<input type="checkbox"/> Sous-traitant(e) (le cas échéant) – veuillez indiquer son nom : _____	
<input type="checkbox"/> Bénévole	
<input type="checkbox"/> Autre – veuillez préciser : _____	
61. Quel est le rôle de cette personne dans le contexte de l'initiative?	
62. Veuillez indiquer son expertise (formation spécialisée ou titres de compétences) et son expérience pertinente pour l'initiative :	
63. Veuillez dresser la liste des formations de sensibilisation aux réalités culturelles qu'a suivies cette personne et qui sont propres au territoire où se déroulera l'initiative :	
<i>Exemple : Bien vivre ensemble – formation de sensibilisation aux réalités culturelles autochtones du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest</i>	

C – Partie 5 : Budget proposé (feuille de travail)

Veillez consulter le guide d'information sur le Programme de financement de la SST pour connaître les types de dépenses admissibles et non admissibles pour une initiative.

Remarque : Vous pouvez renforcer votre demande en fournissant des détails sur les dépenses propres à chaque catégorie budgétaire. Vous pouvez choisir de soumettre une ventilation détaillée des dépenses dans un document séparé.

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande une ventilation détaillée des dépenses.

Section 1 – Généralités**Demande de financement pour une seule année ou pluriannuel**

Rappel : Les organismes déposant une demande pour la première fois ou ceux n'ayant pas d'antécédents de partenariat avec la WSCC ne sont pas admissibles à un financement pluriannuel.

Financement pour une année

Financement pluriannuel, soit _____ ans (entre 2 et 5 ans)

Demandes de financement pluriannuelles seulement :

Période couverte : Du 1^{er} janvier 20 _____ au 31 décembre 20 _____

Si vous demandez un financement pluriannuel, expliquez pourquoi vous souhaitez un tel engagement :

Section 2 – Dépenses admissibles pour une initiative (par année)

Dépenses admissibles <i>Remarque : Toutes les dépenses admissibles doivent exclure la TPS/TVH.</i>	Budget total (annuel)	Financement demandé (par année)
Salaires et avantages sociaux (directement liés à l'initiative)	_____ \$	_____ \$
Honoraires professionnels et services contractuels	_____ \$	_____ \$
Autres honoraires	_____ \$	_____ \$
Loyer (installations, lieux, équipement, véhicules)	_____ \$	_____ \$
Acquisition de matériel et de fournitures	_____ \$	_____ \$
Frais de publicité et de promotion	_____ \$	_____ \$
Déplacements (billet d'avion, hébergement, transport terrestre, indemnités journalières)	_____ \$	_____ \$
Autres dépenses : _____	_____ \$	_____ \$
Total partiel – Dépenses admissibles au titre de l'initiative (annuelles) (A)	_____ \$	_____ \$ (A)

Section 3 – Dépenses non admissibles pour une initiative (le cas échéant et par année)

Dépenses non admissibles relatives à l'initiative (préciser)		SANS OBJET
_____	_____ \$	
_____	_____ \$	
_____	_____ \$	
_____	_____ \$	
_____	_____ \$	
Total partiel – Dépenses non admissibles au titre de l'initiative (annuelles)	_____ \$	
Dépenses totales prévues au titre de l'initiative (annuelles)	_____ \$	

Section 4 – Organismes en démarrage ou sans but lucratif seulement – dépenses administratives (annuelles)

La WSCC compensera jusqu'à 15 % des dépenses administratives des organismes en démarrage ou sans but lucratif par rapport au financement total demandé. Les dépenses administratives sont celles engagées pour le maintien des activités et l'administration de l'organisme au quotidien. Si vous demandez un financement pour des dépenses administratives, indiquez le type d'organisme :

En démarrage Sans but lucratif

Montant maximal des dépenses administratives (B)
(B = A x 0,15)

_____ \$ (B)

Dépenses administratives admissibles

Remarque : Toutes les dépenses admissibles doivent exclure la TPS/TVH.

**Budget total
(annuel)**

**Financement demandé
(par année)**

Loyer

_____ \$

_____ \$

Services publics

_____ \$

_____ \$

Télécommunications

_____ \$

_____ \$

Dépenses liées à un véhicule

_____ \$

_____ \$

Fournitures de bureau

_____ \$

_____ \$

Salaires et avantages sociaux

_____ \$

_____ \$

Autres dépenses : _____

_____ \$

_____ \$

Totaux partiels – dépenses administratives (annuelles) (C)

Le montant demandé (C) ne doit pas dépasser le montant maximal des dépenses admissibles. (B)

_____ \$

_____ \$ (C)

Section 5 – Demande de financement total (durée entière)

Dépenses admissibles totales au titre de l'initiative (annuelles) (D)
(D = A + C)

_____ \$ (D)

Nombre total d'années (5 au maximum) (E)

SANS OBJET

_____ (E)

Montant total de la demande de financement (durée entière) : (F)
(F = D x E)

_____ \$ (F)

Section 6 – Demande de versement de fonds par anticipation (par année)

Demandez-vous un versement de fonds par anticipation?

Oui Non

Si oui, expliquez pourquoi vous n'êtes pas en mesure de mener à bien l'initiative sans un paiement anticipé.

Montant maximal des fonds versés par anticipation (par année) (G)
(G = F x 0,50 / E)

Remarque : Le versement de fonds par anticipation ne dépassera pas 50 % du montant total accordé, et il sera réparti sur la période de financement pluriannuelle.

Exemple :

Montant total accordé = 80 000 \$ sur 4 ans

Montant maximal des fonds versés par anticipation sur 4 ans = 40 000 \$

Versement annuel : 10 000 \$ au maximum au début de chaque année

SANS OBJET

_____ \$ (G)

Facultatif : Montant demandé par anticipation (par année) (H)

Si vous demandez un montant par anticipation inférieur au montant maximal fixé (G), veuillez l'entrer ici.

SANS OBJET

_____ \$ (H)

Section 7 – Financement provenant d'autres sources (par année)		
Organisme partenaire	_____ \$	SANS OBJET
Bailleur(s) de fonds externe(s) : _____	_____ \$	
Recettes provenant de l'initiative (frais de cours, etc.)	_____ \$	
Total des recettes provenant d'autres sources (annuel)	_____ \$	

Si votre demande de financement total pour une initiative est supérieure à **50 000 \$** ou s'il s'agit d'un **financement pluriannuel**, ou si vous demandez le **versement de fonds par anticipation**, vous devez inclure **une copie des états financiers vérifiés de votre organisme pour l'exercice précédent**.

Remarque : Si l'organisme demandeur est en démarrage au cours de sa première année d'exploitation ou si vous n'avez pas d'états financiers vérifiés antérieurs à soumettre avec votre demande, la WSCC peut effectuer une vérification de solvabilité. Aucune vérification de solvabilité ne sera effectuée sans le consentement d'un demandeur, mais le défaut d'y consentir peut empêcher le traitement d'une demande.

Oui, j'ai joint à mon formulaire de demande une copie des états financiers vérifiés de l'exercice précédent (le cas échéant).

D – Déclaration de conflit d'intérêts (le cas échéant)

Les demandeurs doivent déclarer tout conflit d'intérêts réel ou perçu.

Si vous êtes au courant d'un conflit d'intérêts lié à l'initiative proposée, expliquez-en brièvement les circonstances :

Remarque : Déclarer un conflit d'intérêts n'exclut pas nécessairement l'examen de votre demande de financement. Toutefois, la non-divulgence d'un conflit risque de le faire et d'influer sur l'examen de toute demande de financement future pour votre organisme ou vous. Si vous hésitez quant à votre implication dans un conflit d'intérêts, veuillez communiquer avec l'équipe administrant ce programme pour vérifier.

E – Modalités

1. Une demande ne sera pas prise en considération si la personne qui la présente ne satisfait pas aux critères d'admissibilité (politique 00.09).
2. Les demandes de financement incomplètes ou envoyées en retard dans le cadre du Programme de financement de la santé et de la sécurité au travail ne seront pas prises en considération. Il incombe au demandeur de s'assurer que sa demande est complète et exacte.
3. Il n'est pas possible de modifier une demande après la date limite, à moins qu'une telle modification ne résulte d'une requête de la WSCC ou d'une discussion plus approfondie amorcée par la WSCC.
4. La WSCC, à sa seule discrétion, peut accepter des demandes comportant des erreurs, omissions ou lacunes mineures, mais n'y est pas tenue.
5. Le formulaire de demande et les documents justificatifs soumis par le demandeur ne seront pas renvoyés.
6. La WSCC n'est pas responsable des frais de préparation ou de présentation des demandes, y compris les frais d'affranchissement ou de livraison.
7. Tout retard dans la réception des avis de la WSCC résultant de la méthode de communication choisie par le demandeur ne sera pas de la responsabilité de la WSCC. Il incombe au demandeur de tenir compte du risque de retard.
8. Les demandeurs peuvent retirer leur demande en tout temps, et ils doivent le faire s'ils n'ont pas l'intention de donner suite à l'initiative si le financement est approuvé.
9. Toutes les questions concernant une demande doivent être adressées à la personne administrant ce programme par téléphone ou par courriel au plus tard deux jours ouvrables avant la date limite de dépôt des demandes. Les réponses verbales à toute question ne sont pas fiables et n'engagent aucune des parties.
10. En signant le formulaire, le demandeur autorise la WSCC à divulguer tout renseignement y figurant au sein de la WSCC ou à des entités externes aux fins suivantes : rendre une décision au sujet de la demande, administrer et suivre la mise en œuvre de l'initiative ou évaluer les résultats de l'initiative après son achèvement.
11. Si une demande d'accès à l'information est déposée concernant une demande de financement ou tout élément d'information pertinent sur l'organisme en la possession de la WSCC, les renseignements fournis à la WSCC seront entièrement divulgués, à l'exception des renseignements personnels, lesquels seront traités conformément à la *Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée*.
12. La demande doit être signée et datée, qu'elle soit soumise par voie électronique ou en version papier.
 - Un formulaire de demande de financement de 5 000 \$ à 50 000 \$ nécessite une signature du demandeur.
 - Un formulaire de demande de financement de 50 001 \$ à 250 000 \$ doit être signé par le demandeur et la ou le chef de la direction (ou son équivalent).

F – Attestations

1. Je déclare que tous les renseignements fournis dans le présent formulaire de demande sont, à ma connaissance, véridiques, complets et exacts.
2. Je confirme que j'ai l'autorisation de présenter cette demande au nom de l'organisme.
3. J'autorise la WSCC à vérifier tout renseignement fourni dans la présente demande et à divulguer les renseignements nécessaires à des fins de vérification.
4. Je confirme avoir lu et accepté les modalités, énumérées à la section E.
5. Je comprends qu'il est de ma responsabilité de confirmer quels documents et renseignements sont nécessaires à l'appui de ma demande et de veiller à ce que ceux-ci soient entièrement fournis.
6. Je comprends que la présentation de cette demande ne garantit pas un financement et que tout montant accordé sera soumis à des modalités particulières, conformément à une entente conclue avec la WSCC.
7. Je reconnais et j'accepte que, si cette demande est approuvée, le nom de l'organisme bénéficiaire, le montant du financement et l'objectif peuvent être rendus publics.
8. Je comprends que, si le financement est approuvé, je devrai fournir une preuve d'assurance telle que décrite dans l'entente de contribution avant le versement des fonds.
9. Je consens à la collecte, à l'utilisation et à la divulgation de renseignements personnels tels que décrits dans le guide d'information sur le Programme de financement de la SST.
10. Je comprends qu'une vérification de solvabilité peut être exigée pour les demandeurs qui en sont à leur première année d'activité ou qui n'ont pas d'états financiers vérifiés antérieurs. Aucune vérification de solvabilité ne sera effectuée sans le consentement d'un demandeur, mais le défaut d'y consentir peut empêcher le traitement d'une demande.
11. Je confirme avoir divulgué tout conflit d'intérêts réel ou perçu relativement à la présente demande.
12. Je confirme avoir divulgué toutes les autres sources de financement susceptibles d'être reçues pour cette initiative.
13. Je déclare avoir lu et compris le guide d'information sur le Programme de financement de la SST.

G – Signatures

Nom de la personne présentant une demande au nom de l'organisme

X

Signature (obligatoire)

Date (AAAA-MM-JJ)

Nom de la ou du chef de la direction (ou son équivalent)

X

Signature (pour les demandes de financement de 50 001 \$ à 250 000 \$)

Date (AAAA-MM-JJ)

La WSCC peut utiliser ces renseignements aux fins d'application de la législation en vertu des pouvoirs dont elle dispose, notamment les *lois sur l'indemnisation des travailleurs*, les *lois sur la sécurité* ou les *lois sur la santé* et la sécurité dans les mines et leurs règlements connexes, ainsi que pour communiquer avec vous en lien avec les exigences prévues par la législation correspondante. Il vous incombe, lorsque vous communiquez une adresse électronique, de veiller à ce que des mesures de protection raisonnables aient été mises en place pour assurer la confidentialité et la sécurité de vos renseignements personnels dans votre compte de messagerie.

Yellowknife : Case postale 8888 • Yellowknife (T.N.-O.) X1A 2R3 • Téléphone : 867-920-3888 • Tél. sans frais : 1-800-661-0792
Télec. : 867-873-4596 • Téléc. sans frais : 1-866-277-3677 • Courriel : Funding@wscn.nt.ca

ou

Iqaluit : 630, chemin Queen Elizabeth, 2A, Iqaluit (Nunavut) X0A 3H0 • Téléphone : 867-979-8500 • Tél. sans frais : 1-877-404-4407
Télec. : 867-979-8501 • Téléc. sans frais : 1-866-979-8501 • Courriel : Funding@wscn.nu.ca

wscn.nt.ca • wscn.nu.ca