

Programme de soutien financier en cancérologie (PSFC)



Fondation
québécoise
du cancer

Du soutien au quotidien

Demande de financement

1. Renseignements généraux

IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

Nom de l'organisme, adresse, numéro de téléphone.

IDENTIFICATION DU RESPONSABLE DU PROJET

Nom, prénom, titre, courriel, numéro de téléphone.

TYPE DE DEMANDE

- Projet de soutien psychologique
- Projet d'éducation, de prévention et de dépistage
- Projet de bien-être physique
- Projet d'aide financière et/ou juridique
- Projet pour les jeunes de 15 à 39 ans
- Projet d'aide à l'hébergement, près des centres de traitement
- Autre*



*Spécifiez

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE À CANCERQUEBEC.MTL@FQC.QC.CA

Fondation québécoise du cancer - Siège social - 2075, rue de Champlain, Montréal (Québec) H2L 2T1
514 527-2194 | Sans frais : 1 877 336-4443

2. Description

DESCRIPTION DU PROJET

Décrire le projet en lien avec la demande de financement.

OBJECTIF(S) DU PROJET

Préciser l(es) objectif(s), mesurables, du projet en lien avec la demande de financement.

RÉSULTATS ATTENDUS

Décrire les résultats attendus du projet.

ÉVALUATION DU PROJET

Préciser les critères évalués pour mesurer l'impact du projet.

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE À CANCERQUEBEC.MTL@FQC.QC.CA

Fondation québécoise du cancer – Siège social – 2075, rue de Champlain, Montréal (Québec) H2L 2T1
514 527-2194 | Sans frais : 1 877 336-4443

PARTENAIRE(S)

Indiquer si un(d') autre(s) partenaire(s) contribue(nt) financièrement au projet.

- Oui*
 Non

*Spécifiez

BUDGET

Joindre le budget relié au projet.



Pièce jointe

NOMBRE DE PERSONNES TOUCHÉES PAR UN CANCER POTENTIELLEMENT BÉNÉFICIAIRES DU PROJET

- 1 - 49
 50 - 99
 100 - 200
 200 +

RÉGION(S) DESSERVIE(S)

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 01 Bas-Saint-Laurent | <input type="checkbox"/> 07 Outaouais | <input type="checkbox"/> 12 Chaudière-Appalaches |
| <input type="checkbox"/> 02 Saguenay-Lac-Saint-Jean | <input type="checkbox"/> 08 Abitibi-Témiscamingue | <input type="checkbox"/> 13 Laval |
| <input type="checkbox"/> 03 Capitale-Nationale | <input type="checkbox"/> 09 Côte-Nord | <input type="checkbox"/> 14 Lanaudière |
| <input type="checkbox"/> 04 Mauricie | <input type="checkbox"/> 10 Nord-du-Québec | <input type="checkbox"/> 15 Laurentides |
| <input type="checkbox"/> 05 Estrie | <input type="checkbox"/> 11 Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine | <input type="checkbox"/> 16 Montérégie |
| <input type="checkbox"/> 06 Montréal | | <input type="checkbox"/> 17 Centre-du-Québec |

TRANSPOSABILITÉ ET PÉRENNITÉ

Préciser comment le projet pourrait être transposé dans d'autres organismes et quel est le plan de pérennité du projet.

VISIBILITÉ

Préciser la visibilité donnée à la FQC en lien avec le financement.

LETTRE D'APPUI

Joindre une lettre d'appui.



Pièce jointe

Nom _____ Signature _____ Date _____

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE À CANCERQUEBEC.MTL@FQC.QC.CA

Fondation québécoise du cancer - Siège social - 2075, rue de Champlain, Montréal (Québec) H2L 2T1
514 527-2194 | Sans frais : 1 877 336-4443