

# 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](mailto: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](mailto: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*

Plafonds de contribution : 10 000 \$ sans partenaire,  
25 000 \$ avec partenaire financier égalant  
la contribution.

## 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.

## LETTRÉ D'APPUI

Joindre une lettre d'appui.



*Pièce jointe*

Nom \_\_\_\_\_ Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

VEUILLEZ ENVOYER CE FORMULAIRE À [CANCERQUEBEC.MTL@FQC.QC.CA](mailto: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