Transports et Mobilité durable
Québec

Volet 3 – Mise en place d'initiatives visant l'apprentissage du transport collectif par les aînés

Programme d'aide au transport collectif régional
Municipalité amie des aînés

Formulaire de demande d'aide financière

A Renseignements sur le demandeur

A.1

Nom complet de la municipalité ou de la municipalité régionale de comté (MRC)

Date de la déclaration de compétence en transport collectif en milieu rural
(aaaa-mm-jj)

A.2

Adresse complète
Numéro et rue

Case postale

Municipalité ou MRC

Province

Pays

Code postal

B Renseignements concernant la personne-ressource du demandeur

B.1

Nom de la personne-ressource ☐ M^me^ ☐ M.

Fonction au sein de l'organisme

B.2

Téléphone (bureau)
Ind. rég.

Poste

Télécopieur (bureau)
Ind. rég.

Téléphone cellulaire
Ind. rég.

Courriel

C Renseignements sur le regroupement, s'il y a lieu

Est-ce qu'il y a d'autres municipalités ou MRC regroupées avec le demandeur dans le but de réaliser le projet ?

☐ Oui (veuillez indiquer, à la section **D**, la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement)

☐ Non (veuillez passer à la section **E**)

D Renseignements sur la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement

D.1

Nom complet de la municipalité ou de la MRC

Nom de la personne-ressource ☐ Mme ☐ M.

Fonction :

D.2

Adresse complète
Numéro et rue

Case postale

Municipalité ou MRC

Province

Pays

Code postal

Téléphone (bureau)
Ind. rég. Poste

Télécopieur (bureau)
Ind. rég.

Téléphone cellulaire
Ind. rég.

Courriel

D.3

Nom complet de la municipalité ou de la MRC

Nom de la personne-ressource ☐ Mme ☐ M.

Fonction :

D.4

Adresse complète
Numéro et rue

Case postale

Municipalité ou MRC

Province

Pays

Code postal

Téléphone (bureau)
Ind. rég. Poste

Télécopieur (bureau)
Ind. rég.

Téléphone cellulaire
Ind. rég.

Courriel

D.5

Nom complet de la municipalité ou de la MRC

Nom de la personne-ressource ☐ Mme ☐ M.

Fonction :

D.6

Adresse complète
Numéro et rue

Case postale

Municipalité ou MRC

Province

Pays

Code postal

Téléphone (bureau)
Ind. rég. Poste

Télécopieur (bureau)
Ind. rég.

Téléphone cellulaire
Ind. rég.

Courriel

E Renseignements sur le projet faisant l'objet de la demande

E.1

Description des objectifs et des résultats attendus

E.2

Détails sur le projet

Nature du projet	**Nombre de personnes aînées visées**
☐ Capsules d'information	_____
☐ Séances d'information	_____
☐ Tenue de kiosque	_____
☐ Parrainage	_____
☐ Accompagnement	_____

☐ Si autre, précisez : _____

E.3

Explication de la contribution du projet à l'atteinte de l'objectif du présent volet

F Mise en œuvre et coordination du projet

F.1

Est-ce que le demandeur est l'entité la plus apte à assurer la coordination du projet faisant l'objet de la présente demande ?

☐ Oui

☐ Non, veuillez indiquer l'entité la plus apte : _____

F.2

Présentation de l'expertise du demandeur (ou de la municipalité ou de la MRC concernée) en matière de coordination de projet d'apprentissage

F.3

Moyens prévus pour le suivi et la reddition de comptes du projet

G Échéancier des étapes de réalisation du projet

Date de début prévue du projet : _____ (aaaa-mm-jj)

Date de fin prévue du projet : _____ (aaaa-mm-jj)

Étape de réalisation	Échéancier de réalisation des travaux
	_____ à _____
	_____ à _____
	_____ à _____
	_____ à _____
	_____ à _____
	(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

H Plan de financement

Coût total du projet (taxes nettes incluses) _____ $

Coûts totaux admissibles _____ $

Contribution du demandeur de l'aide financière _____ $

Contribution des autres partenaires (s'il y a lieu)

Identification du partenaire : _____ _____ $

Identification du partenaire : _____ _____ $

Contribution demandée au ministère des Transports et de la Mobilité durable _____ $

I Dépenses admissibles assumées

Dépenses de fonctionnement directes (rémunération et contrats liés à la réalisation du projet) _____ $

Frais d'administration qui ne dépassent pas 15 % du montant de l'aide financière (activités de secrétariat, tenue de livres et comptabilité, frais de poste et de reprographie, matériel de bureau) _____ $

Frais de promotion et d'animation (frais de réservation de salles, frais de déplacement et de repas * des accompagnants) _____ $

Total des dépenses 0 $

* Les frais de déplacement, d'hébergement et de repas doivent respecter *les barèmes en vigueur au gouvernement du Québec.*

J Vérification des pièces justificatives

Important : Vous devez fournir toutes les pièces justificatives mentionnées ci-après. Dans le cas contraire, votre dossier ne sera pas pris en considération.

☐ Copie du règlement interne démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable, et copie de la résolution du conseil du demandeur mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée OU copie de la résolution du conseil du demandeur démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre et mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée

☐ Plan de développement du transport collectif régional du demandeur

☐ Plan d'action Municipalité amis des aînés (MADA) du demandeur, s'il y a lieu

☐ Prévisions budgétaires pour l'année financière en cours

☐ Tout autre document ou argument permettant d'analyser le projet déposé

K Déclaration du demandeur

☐ Par la présente, je confirme que je suis la personne autorisée par le demandeur pour présenter une demande d'aide financière en son nom dans le cadre du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés et que je suis dûment autorisée ou autorisé par le demandeur à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable, (veuillez joindre une copie du règlement interne ou de la résolution qui en atteste, le cas échéant).

☐ J'atteste que tous les renseignements fournis au ministère des Transports et de la Mobilité durable dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

☐ Je reconnais que le bénéficiaire doit fournir au ministère tous les renseignements que ce dernier pourrait demander conformément aux conditions précisées dans les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés, dont j'ai pris connaissance.

☐ Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière de la part de la ministre, je reconnais que le bénéficiaire s'engage à respecter les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés.

☐ Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière, je reconnais que le bénéficiaire de celle-ci est responsable de tout dommage causé par lui-même, ses employés, agents, représentants ou sous-traitants dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de son engagement ou de tout manquement à une obligation prise en vertu de cet engagement, et que le bénéficiaire s'engage ainsi à indemniser la ministre de toutes les réclamations, demandes et poursuites et de tous les recours pris en raison de dommages ainsi causés.

Nom du représentant en caractères d'imprimerie	Titre
Signature du représentant	Date (aaaa-mm-jj)

Programme d'aide au transport collectif régional
Municipalité amie des aînés
Direction des aides aux municipalités
Ministère des Transports et de la Mobilité durable
Courriel : exploitationTC@transports.gouv.qc.ca