**ANNEXE 1 : Formulaire du demandeur**

|  |
| --- |
| **Partie A – Comité des survivants des communautés des Premières Nations et des Inuit ou des externats indiens fédéraux**  |
| 1. **Nom légal de la communauté ou du comité de survivants**
 |
| **2. Nom de l'externat indien fédéral qui se trouvait dans votre communauté**Nom :  |
| **3. Identifiez les années pendant lesquelles l'externat indien a fonctionné dans votre communauté** Années :  |
| 4 **Le demandeur est-il (veuillez indiquer ce qui s'applique à vous) :** □ Communauté des Premières Nations □ Comité des survivants des Premières Nations des externats indiens fédéraux □ Organisation des Premières Nations □ Communauté des Inuit □ Organisation des Inuit □ Comité des Inuit survivants  |
| 5. Juridiction incorporée (le cas échéant)  a) Fédéral b) Provincial c) TerritorialSaisissez le type de juridiction incorporée | 6. Numéro de société ou d'entreprise (le cas échéant)Saisissez le numéro d’entreprise |
| **Adresse principale de la communauté des Premières Nations ou des Inuit** |
| 7. Adresse principale – numéro, rue, C. P. Saisissez l’adresse principale  |
| 8. Ville Saisissez la ville  | 9. Province/territoire (obligatoire)Saisissez la province  |
| 10. Code postal Saisissez le code postal |
| 11. Téléphone Saisissez le numéro de téléphone | 12. Numéro de poste (le cas échéant) Saisissez le numéro de poste |
| 13. Adresse courriel officielle Saisissez l’adresse courriel officielle |
| 14. Site Web officiel (le cas échéant) Saisissez le site Web officiel |
| **Adresse postale du demandeur**  |
| 15. Adresse postale – numéro, rue, C. P. Saisissez l’adresse postale  |
| 16. Ville et province Saisissez la ville et la province  | 17. Code postal  |



|  |
| --- |
| **Partie B – Nom du demandeur – Personne qui fait la demande au nom de la communauté ou du comité**  |
| Indiquer le nom et les coordonnées du demandeur  |
| 17. Salutation a) M. b) Mlle c) Mme d) Chef e) Dr f) AutreSaisissez la salutation |
| 18. Prénom Saisissez le prénom |
| 19. Nom de familleSaisissez le nom de famille |
| 20. Titre / Poste Saisissez le titre / postepo |
| 21. Adresse courriel Saisissez l’adresse courriel |
| 22. TéléphoneSaisissez le numéro de téléphone | 23. Numéro de poste (le cas échéant)Saisissez le numéro de poste | 24. Numéro de télécopieur (le cas échéant)  |
| **Personne ressource suppléante**  |
| 25. Salutation a) M. b) Mlle c) Mme d) Chef e) Dr f) AutreSaisissez la salutation |
| 26. Prénom Saisissez le prénom |
| 27. Nom de famille Saisissez le nom de famille |
| 28. Titre / Poste  Saisissez le titre / postepo |
| 29. Adresse courriel Saisissez l’adresse courriel |
| 30. Téléphone Saisissez le numéro de téléphone | 31. Numéro de poste (le cas échéant)Saisissez le numéro de poste | 32. Numéro de télécopieur (le cas échéant)  |



|  |
| --- |
| **Partie C – IDENTIFIER LE PILIER DU FONDS DES LEGS POUR LEQUEL VOUS FAITES UNE DEMANDE** |
| **Catégorie 1 :** **□** Création d'un comité des survivants des externats indiens* Jusqu'à 25 000 $ (financement unique)
 |
| **Catégorie 2 : Sélectionner un seul pillier.** * + Guérison et mieux-être – Jusqu'à 250 000  par année pour une période de 1 à 4 ans
	+ Langues et culture – Jusqu'à 100 000 $ par année pour une période de 1 à 4 ans
	+ Commémoration – Jusqu'à 100 000 $ pour un financement unique – ce financement peut être réparti sur 4 ans (pour un total maximum de 100 000 $).
	+ Récits de la vérité – Jusqu'à 100 000 $ pour un financement unique – ce financement peut être réparti sur 4 ans (pour un total maximum de 100 000 $).
 |

|  |
| --- |
| **Partie D – CATÉGORIE 1 ACTIVITÉ DE PROJET – Identifier le titre et la durée du projet**  |
| Titre du projet : Saisissez le titre du projet |
| Date de début du projet : Saisissez la date de début du projet (AAAA-MM-JJ) | Date de fin du projet : Saisissez la date de fin du projet (AAAA-MM-JJ)  |
|  |

|  |
| --- |
| **Partie D – CATÉGORIE 2 ACTIVITÉ DE PROJET – Identifier le titre et la durée du projet**  |
| Titre du projet : Saisissez le titre du projet |
| Date de début du projet : Saisissez la date de début du projet (AAAA-MM-JJ) | Date de fin du projet : Saisissez la date de fin du projet (AAAA-MM-JJ)  |



**ANNEXE 2 : Demande de financement et description des activités**

|  |
| --- |
| **Section 1.A : DEMANDE DE FINANCEMENT – CATÉGORIE 1 (si vous avez choisi la catégorie 1 – fournir des informations)**  |
| Date de début du projet :  Saisissez la date de début du projet (AAAA-MM-JJ) | Date de fin du projet Saisissez la date de fin du projet (AAAA-MM-JJ)  |
| Montant du financement demandé :

|  |
| --- |
| **Demande de financement** |
| Saisissez la montant $  |

 |

|  |
| --- |
| **Section 1.B : Fournissez des détails descriptifs de l’activité de catégorie 1 que vous proposez – le calendrier, les participants, le responsable du projet, les bénéficiaires, les objectifs et les résultats**  |
| Veuillez dresser la liste de l’activité ou des activités que vous envisagez de mettre en place pour la création d’un comité de survivants; fournissez un calendrier pour l’activité ou les activités; indiquez le responsable du projet, les participants, les bénéficiaires, les objectifs, les étapes, les résultats et le budget (voir le modèle).  |  |
| Qui sont les responsables et les participants de votre projet global et de chaque activité?  |  |
| Identifiez l'expertise et les ressources que vous utiliserez.  |  |
| Décrivez comment les survivants des externats indiens fédéraux seront impliqués dans le projet et comment ils bénéficieront de ce projet.  |  |
| Décrivez les modalités de mise en œuvre, de gestion et de fonctionnement de votre comité des survivants.  |  |
| Décrivez comment votre projet sera soutenu par les dirigeants de votre communauté.  |  |
| **Section 2.A : DEMANDE DE FINANCEMENT – CATÉGORIE 2 (si vous avez choisi la catégorie 2 et que vous demandez un financement pour une période de 1 à 4 ans, veuillez fournir des informations)**  |
| Date de début du projet :  Saisissez la date de début du projet (AAAA-MM-JJ) | Date de fin du projet Saisissez la date de fin du projet (AAAA-MM-JJ)  |
| Montant de la demande de financement :

|  |
| --- |
| **Demande de financement Année 1**  |
| Saisissez la montant $ |
| **Demande de financement Année 2** |
| Saisissez la montant $ |

 | Montant de la demande de financement

|  |
| --- |
| **Demande de financement Année 3**  |
| Saisissez la montant $  |
| **Demande de financement Année 4**  |
| Saisissez la montant $  |

 |

|  |
| --- |
| **Section 2.B : Fournissez un plan de travail des activités de catégorie 2 que vous proposez – le calendrier, les participants, le chef de projet, les bénéficiaires et les objectifs – vous devez fournir un plan de travail pour chaque année (le financement peut aller jusqu’à 4 ans, si vous demandez un financement pour moins de quatre ans, vous ne devez fournir un plan de travail que pour les années concernées par votre demande). Veuillez fournir des détails dans l’espace situé à côté de chaque question.**  |
| Veuillez dresser la liste des activités que vous envisagez de développer et de mettre en œuvre au cours d’une année ou de plusieurs années; fournissez un calendrier pour chaque année d’activités, par exemple :  Année 1 : 2025-2026 : Plan de travail Année 2 : 2026-2027 : Plan de travailAnnée 3 : 2027-2028 : Plan de travailAnnée 4 : 2028-2029 : Plan de travail Indiquez le responsable du projet, les participants, les bénéficiaires, les objectifs, les étapes, les résultats et les budgets (voir les modèles).  | Plan de travail Année 1Plan de travail Année 2Plan de travail Année 3Plan de travail Année 4  |
| Qui sont les responsables et les participants de votre projet global et de chaque activité?  |  |
| Identifiez l'expertise et les ressources que vous utiliserez.  |  |
| Décrivez comment les survivants des externats indiens fédéraux seront impliqués dans le projet et comment ils bénéficieront du projet que vous proposez.  |  |
| Décrivez comment votre projet sera mis en œuvre et géré, et comment il se poursuivra après la date de fin de votre projet global.  |  |
| Décrivez comment votre projet sera soutenu par les dirigeants de votre communauté.  |  |



**ANNEXE 3 : Formulaire d'information du demandeur**

|  |
| --- |
| **Contexte : Fournissez une brève description de votre communauté des Premières Nations ou des Inuit ou du comité des survivants des externats indiens fédéraux et indiquez le nom de l’externat indien fédéral qui était en activité dans votre communauté.**  |
|  |
| **Expérience : Décrivez brièvement votre travail avec les survivants ou les groupes de survivants des externats indiens fédéraux.**  |
|  |
| **Partenariats : Si les activités que vous proposez incluent des partenaires, veuillez en dresser la liste et préciser leur rôle.**  |
|  |
| **Participation et bénéficiaires : Décrivez comment les activités de votre programme / projet s’alignent sur les objectifs du Fonds des legs de la MDSSC. Indiquez également comment les survivants des externats indiens fédéraux seront inclus, impliqués et bénéficieront des activités du Fonds des legs.** |
|  |

**ANNEXE 4 : Formulaire de déclaration du demandeur**

**Lire et SIGNER**

|  |
| --- |
| **Déclaration et attestation** |
| **Je déclare que :** * Les informations contenues dans la demande sont véridiques, exactes et complètes.
* Je dispose de toutes les autorisations nécessaires pour entreprendre le projet proposé, ou j’obtiendrai ces autorisations avant l’approbation du projet.
* Je suis en conformité avec les lignes directrices du Fonds des legs pour cette demande de financement.
* Je m’engage à prendre les mesures nécessaires pour créer un lieu de travail exempt de harcèlement, d’abus et de discrimination.
* Je dispose des capacités nécessaires pour mener à bien les activités et initiatives du programme identifiées dans le(s) plan(s) de travail proposé(s).

**Je conviens que :*** La soumission de cette demande ne constitue pas un engagement de la part de la MDSSC d'accorder un financement.

**Si les fonds sont approuvés, je conviens que :** * s'il s'avère que le demandeur a fourni des informations fausses ou non étayées, le demandeur est tenu de rembourser le montant total;
* le présent accord ne crée pas de partenariat, d'agence ou d'entreprise commune et je ne me présenterai pas comme un agent, un partenaire ou un employé dans le cadre de sa mise en œuvre;
* les conditions de l'accord de financement seront respectées et appliquées;
* si le demandeur ne reste pas admissible ou s'il y a un manquement au titre du présent accord, la MDSSC peut réduire le niveau de financement, suspendre tout paiement, résilier le présent accord et mettre fin immédiatement à toute obligation financière qui en découle et récupérer tout montant non dépensé ou tout montant auquel le demandeur n'était pas admissible ou n'avait pas le droit de prétendre;
* je partagerai les résultats du programme et des activités du Fonds des legs.

**En outre, je m’engage à :*** utiliser les fonds uniquement aux fins spécifiées dans l’accord de financement;
* indemniser la MDSSC de toute réclamation ou cause d’action découlant d’une blessure, d’un dommage ou d’un décès survenu dans le cadre des activités du demandeur.

[ ]  **J’accepte (**vous devez cocher la case**)**  |

**Votre signature est requise pour la demande**

|  |
| --- |
| **Signature (obligatoire)** |
| **Saisissez le nom complet** |
| **Saisissez le titre / poste** |
| **Saisissez la date (AAAA-MM-JJ)** |

***VEUILLEZ REMPLIR LES INFORMATIONS REQUISES – N’OUBLIEZ PAS DE SIGNER***

**EXIGENCE OBLIGATOIRE POUR LA SOUMISSION DE LA DEMANDE**

N’oubliez pas de joindre le budget identifiant chaque activité, dépense et coût

**VEUILLEZ VOIR LE MODÈLE DE BUDGET**

**REMPLISSEZ LES INFORMATIONS BUDGÉTAIRES REQUISES POUR CHAQUE ACTIVITÉ MENTIONNÉE DANS VOTRE FORMULAIRE DE DEMANDE**

