|  |
| --- |
| Programmes holistiques d’activités de jour et de soirée axées sur la culture pour lutter contre les dépendances**APPEL DE DÉCLARATIONS D’INTÉRÊT****MODÈLE DE PROPOSITION** |

|  |
| --- |
| **Coordonnées de l’organisme et de la personne-ressource** |
| **Nom commercial** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **Nom du programme** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **Site Web** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **Adresse** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
|  | *Adresse municipale* |
|  | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
|  | *Ville* | *Province* | *Code postal* |
| **Adresse postale** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| ***(si différente de l’adresse ci-dessus)*** | *Adresse municipale* |
|  | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
|  | *Ville* | *Province* | *Code postal* |
| **Numéro d’entreprise** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **Personne-ressource de l’organisme** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
|  | Prénom | Nom |
| **Poste** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **No de téléphone** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| **Courriel** | Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

|  |
| --- |
| **Admissibilité** |

Critères essentiels auxquels l’organisme doit répondre pour être admissible au présent appel de déclaration d’intérêt

|  |  |
| --- | --- |
| Confirmation que votre organisme est dirigé par des Autochtones | [ ]  OUI |
| Confirmation que votre organisme est établi et exerce ses activités au Manitoba. | [ ]  OUI |
| Confirmation que vous pouvez commencer à fournir des services dans le délai souhaité (choisissez l’un des délais ci-dessous). |
| * Moins de trois mois après la confirmation du financement (les décisions devraient être prises en novembre 2024)
 | [ ]  OUI |
| * Entre trois et six mois après la confirmation du financement (les décisions devraient être prises en novembre 2024)
 | [ ]  OUI |
| * Plus de six mois après la confirmation du financement (les décisions devraient être prises en novembre 2024)
 | [ ]  OUI |

\*Tous les points doivent être cochés pour que votre proposition soit admissible à l’appel de déclarations d’intérêt.

|  |
| --- |
| **Consentement à la communication de renseignements** |

|  |  |
| --- | --- |
| Les renseignements personnels recueillis à l’aide du présent formulaire sont nécessaires à l’administration de l’appel de déclarations d’intérêt et seront communiqués aux conseillers et au comité de sélection de celui-ci. Ces renseignements peuvent également être communiqués à d’autres ministères et organismes gouvernementaux ayant un intérêt à l’égard de votre projet. Ces renseignements ne feront l’objet d’aucune discussion avec des tiers, sauf dans les cas prévus par la Loi sur l’accès à l’information et la protection de la vie privée. Veuillez cocher la case si vous comprenez ce qui précède et si vous donnez votre consentement. | [ ]  OUI |

**Présentation actuelle de l’organisme et du programme**

Fournissez une brève description de votre organisme, y compris :

* les buts, visions et énoncés de mission;
* les objectifs de l’organisme;
* les services actuellement fournis (le cas échéant), le modèle de service et le nombre d’années d’expérience dans la mise en œuvre de projets de même portée et taille;
* le rapport annuel (le cas échéant);
* les soutiens culturels autochtones que vous apportez actuellement aux participants;
* tout autre service fourni.

|  |  |
| --- | --- |
|

|  |
| --- |
| Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

 |

|  |
| --- |
| **Modèle de service et planification de la mise en œuvre** |
| Décrivez brièvement la zone géographique que vos services couvriront.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Décrivez brièvement les personnes que vous servirez (femmes autochtones, hommes autochtones, personnes autochtones de diverses identités de genre, familles autochtones avec enfants).Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Veuillez estimer le nombre de personnes qui devraient participer à chaque séance, la durée de chaque séance et le nombre de séances par an.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Décrivez brièvement le calendrier de mise en œuvre de ce programme.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Veuillez inclure toute information sur le personnel requis pour ce programme (y compris les compétences).Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Décrivez brièvement vos critères d’admission en mettant l’accent sur le niveau de flexibilité que vous prévoyez pour la participation au programme. Par exemple (mais ce n’est pas obligatoire) :* + s’abstenir de consommer de l’alcool et des drogues pendant au moins 72 heures;
	+ se présenter spontanément ou sur renvoi d’un professionnel ou d’un organisme spécialisé en toxicomanie ou en santé mentale vers un programme de traitement intensif de jour.
* Y a-t-il des limites quant à l’utilisation de traitements par agonistes opioïdes ou d’autres médicaments pour lutter contre les envies impérieuses de consommation de drogue ou d’alcool?

Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |
| Veuillez décrire le plan que vous proposez pour offrir un programme holistique d’activités de jour et de soirée axées sur la culture pour lutter contre les dépendances, y compris les volets du programme. Par exemple, des services de counseling, des séances de groupe, des services de garde d’enfants, des services de proximité avant le traitement, des services de suivi, des activités traditionnelles (exemples : pêche, fabrication de tambours, cueillette de plantes médicinales, autres enseignements liés aux ressources naturelles, cérémonies culturelles, séances d’éducation et d’échanges des connaissances sur des sujets déterminés).Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

|  |
| --- |
| **Expérience de l’organisme** |
| Veuillez indiquer toute expérience antérieure en matière de planification et de mise en œuvre de projets de même portée et taille. En particulier, donnez des exemples de résultats d’évaluation et de mesures concrètes prises pour évaluer et améliorer en permanence les services afin de garantir la meilleure qualité de soins possible. En outre, décrivez la manière dont votre organisme fournit actuellement des services aux personnes touchées par la toxicomanie.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

|  |
| --- |
| **Durabilité du programme** |
| Décrire les autres sources de financement qui sont ou qui pourraient être mobilisées pour soutenir la durabilité, le cas échéant.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

|  |
| --- |
| **Mesure de la performance** |
| Veuillez décrire le mode d’évaluation de la réussite, en particulier les types de données qui seront collectées, le plan d’évaluation des performances du programme et les effets attendus sur les résultats de la prestation de services. Veuillez également inclure des renseignements sur la manière dont vous gérerez la liste d’attente.Cliquer ou taper ici pour insérer du texte |

**Ventilation du budget**

Veuillez fournir un budget détaillé comprenant les salaires annuels du personnel – y compris les avantages sociaux –, les ressources et tout autre coût opérationnel pertinent pour soutenir la prestation des services, en indiquant les autres sources de financement. Veuillez respecter la ventilation suivante des coûts par place ou par service :

|  |  |
| --- | --- |
| Taux de financement normalisés du programme de jour | 25 $ par place et par jour |
| Autres dépenses (garde d’enfants, nourriture et boissons, fournitures) | Environ 35 $ par place et par jour |
| **Total** | Jusqu’à un maximum de **60 $ par place et par jour** |

Détaillez également les immobilisations initiales nécessaires et leur coût (non récurrent), jusqu’à un maximum de **250 000 $**.

**Modèle de budget**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Poste budgétaire | ÉTP  | Salaire incluant les avantages sociaux | Financement d’exploitation permanent | Financement unique (non récurrent) | Montant total demandé |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Poste budgétaire** – Énumérer chaque dépense ou type de dépense.

**ÉTP (équivalent temps plein)** – Le nombre de postes. Par exemple, si vous recrutez pour un poste, vous indiquerez 1,00. S’il s’agit d’un poste à mi-temps, vous indiquerez 0,50. Si vous recrutez pour trois postes et demi du même type, vous indiquerez 3,50 ÉTP.

**Salaire incluant les avantages sociaux** – Il s’agit du salaire correspondant au nombre d’ÉTP, auquel s’ajoutent jusqu’à 18 % d’avantages sociaux. Si vous disposez d’une grille de salaires pour différentes classifications de postes, veuillez fournir des renseignements sur la grille de salaires dans un document séparé.

**Financement d’exploitation permanent** – Il s’agit de la somme nécessaire pour faire fonctionner le programme chaque année.

**Financement unique (non récurrent)** – Cela concerne les éléments qui ne seront pas achetés chaque année et qui doivent être achetés avant la mise en œuvre du programme. Il peut s’agir d’un financement unique pour de petites immobilisations telles que du mobilier, des ordinateurs ou des rénovations, ou d’un financement unique pour des éléments tels que des fournitures qui doivent être achetées une fois avant la mise en œuvre du programme.

**Exemple de budget** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Poste budgétaire** | **ÉTP** | **Salaire incluant les avantages sociaux** | **Financement d’exploitation permanent** | **Financement unique (non récurrent)** | **Montant total demandé** |
| Conseillers en toxicomanie | 3,50 | XXXXXX,XX |   |   | XXXXX,XX |
| Aîné ou gardien du savoir  | 1,00 | XXXXX,XX |   |   | XXXX,XX |
| Travailleur des services à l’enfance | 2,00 | XXXXX,XX |   |   | XXXXX,XX |
| Cuisinier | 1,00 | XXXXX,XX |  |   | XXXXX,XX |
| Aliments |   |   | XXXXX,XX |   | XXXXX,XX |
| Fournitures de bureau |   |   | XXXX,XX |   | XXXX,XX |
| Fournitures pour le programme |   |   | XXXXX,XX |   | XXXXX,XX |
| Mobilier, ordinateurs (financement unique, petites immobilisations) |   |   |   | XXXXX,XX | XXXXX,XX |
| Rénovations (financement unique, petites immobilisations) |   |   |   | XXXXXX,XX | XXXXXX,XX |
| Fournitures non récurrentes |   |   |   | XXXXX,XX | XXXXX,XX |
| **Total**  | **7,50** | **XXXXXX,XX** | **XXXXX,XX** | **XXXXXX,XX** | **XXXXXX,XX** |

|  |
| --- |
| **Attestation** |

|  |  |
| --- | --- |
| Confirmation que votre organisme a examiné et a compris les lignes directrices relatives au financement. | [ ]  OUI |
| Après la sélection et l’approbation des propositions, l’organisme retenu et le gouvernement du Manitoba élaboreront ensemble une convention d’achat de services. La convention décrira les modalités convenues avec l’organisme retenu. Cette convention portera notamment sur : les tâches et les résultats attendus du projet; l’utilisation admissible des fonds; les plafonds de financement du projet; les dates de début et de fin du projet; les conditions de publication, le cas échéant; l’annulation de la convention; le traitement des paiements, y compris les conditions de paiement intermédiaire, le cas échéant; les conditions de production de rapports qui contiennent généralement des exigences de production de rapports intermédiaire et final. Confirmation que votre organisme est disposé à signer une convention.  | [ ] OUI |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Date : | Cliquer ou taper ici pour insérer une date.  | Nom : |  |