|  |  |
| --- | --- |
| ***PRIORITÉ PATIENT***  ***Pour une amélioration***  ***de la trajectoire de soins et des services en oncologie au Québec*** | **FORMULAIRE DE LETTRE D’INTENTION**  **LETTER OF INTENT FORM**  Date limite de dépôt : **9 septembre 2019, 16 h 30**  Deadline for submission**: September 9, 2019, 4:30 p.m.** |

**INSTRUCTIONS:**

Le document doit être facilement lisible et respecter les directives suivantes:

* Police de caractères de type Arial, taille 10 pt ou Times New Roman, taille 12 pt, intervalle simple
* Nombre de pages dans le pied-de-page de chaque page

This document should be easily readable and respect the following rules :

* Font : Arial, 10 pt or Times New Roman, 12 pt, single-spacing
* Number of pages in the footer of each page

**DOCUMENTS EXIGÉS / REQUIRED DOCUMENTS :**

* Formulaire de la lettre d’intention
* CV commun canadien, version CV de financement pour le FRQS (dernière mise à jour entre juin 2018 et la date limite du Concours) pour le chercheur co-responsable du projet
* Contributions détaillées (dernière mise à jour entre juin 2018 et la date limite du Concours) pour le chercheur co-responsable du projet ; consultez le document **Directives pour le fichier joint au CV** dans la boîte à outils
* Pour le médecin ou professionnel de la santé et des services sociaux co-responsable du projet :
  + CV commun canadien, version CV de financement pour le FRQS (dernière mise à jour entre juin 2018 et la date limite du Concours)
  + Contributions détaillées (dernière mise à jour entre juin 2018 et la date limite du Concours) ; consultez le document Directives pour le fichier joint au CV dans la boîte à outils

**OU**

* + Un CV à jour de 2 pages pour le médecin ou professionnel de la santé et des services sociaux co-responsable du projet n’ayant pas de CV commun canadien
* Une lettre de la direction du département clinique précisant combien d'heures seront dégagées de ses obligations cliniques pour réaliser le projet de recherche, pour le chercheur clinicien, le médecin ou professionnel de la santé et des services sociaux co-responsable du projet

**VOIR LES RÈGLES DU PROGRAMME POUR PLUS DE DÉTAILS SUR LES DOCUMENTS EXIGÉS**

* Letter of intent form
* Canadian common CV for the co-Leader Investigator (last update between June 2018 and the submission deadline)
* Detailed contributions for the co-Leader Investigator (last update between June 2018 and the submission deadline). Consult the **Guidelines for the CV attachment** available in the toolbox for detailed contributions content.
* For the second co-Leader (doctor or health and social services professional):
  + Canadian common CV (last update between June 2018 and the submission deadline)
  + Detailed contributions (last update between June 2018 and the submission deadline). Consult the **Guidelines for the CV attachment** available in the toolbox for detailed contributions content.

**OR**

* + An updated CV (2 pages) for the second co-Leader (doctor or health and social services professional) if no Canadian common CV is available
* Letter from the director of the clinical department specifying the number of hours for which the applicant will be released from his/her clinical obligations to carry out the research project for the University Clinical Researcher, the medical doctor or the health and social services professional

**SEE THE PROGRAM’S RULES FOR MORE DETAILS ON THE REQUIRED DOCUMENTS.**

|  |
| --- |
| **Titre du projet de recherche (en français et en anglais) /**  **Research project title (in both French and English)** |
| **Titre en français ici /**  **Title in English here** |
|  |
| **Mots clés / Keywords** *(Maximum 6)* |
| Écrire jusqu’à 6 mots clés décrivant le projet de recherche / Write up to 6 keywords describing the research project. |

|  |
| --- |
| **SECTION A – Renseignements administratifs / Administrative Information** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom de l’établissement gestionnaire / Managing Institution  :** | | |
|  | | |
| **Coordonnées complètes du directeur ou de la directrice ou d’un représentant ou d’une représentante de la Direction des Finances de l’établissement gestionnaire / Contact information of the director or a representative of the Finance Division of the managing institution** | | |
| Nom, Prénom  / Last name, First name : | | |
| Département (si applicable) / Department (if applicable) : | | |
| Adresse / Address : | | |
| Ville / City : | Code Postal / Postal Code : | |
| Courriel / Email : | | Téléphone / Phone number : |

|  |
| --- |
| **SECTION B – Identification des co-responsables et des membres de l’équipe / Identification of the co-Leaders and the Team Members** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification des co-responsables /**  **Identification of the co-Leaders** | |
|  | |
| **Co-responsable #1 (chercheur universitaire, incluant les chercheurs cliniciens), responsable du projet/**  **Co-Leader #1 (University Researcher, including the Clinical Researchers), project leader** | |
| Nom / Last name: | Prénom / First name: |
| NIP FRQ/ FRQ PIN | Statut en recherche / Research Status[[1]](#footnote-1): |
| Établissement ou Centre de recherche ou Département / Institution or Research Centre or Department |  |
| Affiliation universitaire / University affiliation |  |
| Courriel / Email |  |
| **Co-responsable #2 (Médecin ou professionnel de la santé et des services sociaux /**  **Co-Leader #2 (Medical doctor or health and social services professional)** | |
| Nom / Last name: | Prénom / First name: |
| NIP FRQ si applicable / FRQ PIN (if applicable) | Statut en recherche / Research status1: |
| Établissement ou Centre de recherche ou Département / Institution or Research Centre or Department |  |
| Affiliation universitaire / University affiliation |  |
| Courriel / Email |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification des usagers (patients et proches aidants) membres de l’équipe. L’identité des usagers pourra être confirmée lors du dépôt de la demande complète / Identification of the users (patients and caregivers) team members. The users identity can be confirmed in the full application \*** | | | |
| **Nom, Prénom /**  **Last name, First name** | **Rôle dans l’équipe / Role in the team** | **Établissement-Université-Organisation/ Institution, University or Organization** | **Courriel / Email** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*Un minimum d’un (1) usager devra faire partie de l’équipe à l’étape de la demande complète***

***Vous pouvez ajouter une ligne pour chaque usager additionnel / Simply add lines for additional users***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Identification des professionnels de la santé et des services sociaux membres de l’équipe /**  **Identification of the health and social services professional team members\*\***  **Identification of the users (patients and caregivers) team members \*** | | | |
| **Nom, Prénom /**  **Last name, First name** | **Rôle dans l’équipe / Role in the team** | **Établissement-Université-Organisation/ Institution, University or Organization** | **Courriel / Email** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***\*\*Vous pouvez ajouter une ligne pour chaque professionnel additionnel / Simply add lines for additional professional***

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification des cochercheurs (chercheur universitaire ou chercheur clinicien universitaire, chercheur du collège /**  **Identification of the co-investigators (University Researcher or Clinical University Researcher, College Researcher** **\*\*\*** | |
| **Cochercheur #1 / co-Investigator #1** | |
| Nom / Last name: | Prénom / First name: |
| NIP FRQ/ FRQ PIN | Statut en recherche / Research Status1: |
| Établissement ou Centre de recherche ou Département / Institution or Research Centre or Department |  |
| Affiliation universitaire / University affiliation |  |
| Courriel / Email |  |
| **Cochercheur #2 / co-Investigator #2** | |
| Nom / Last name: | Prénom / First name: |
| NIP FRQ/ FRQ PIN | Statut en recherche / Research Status1: |
| Établissement ou Centre de recherche ou Département / Institution or Research Centre or Department |  |
| Affiliation universitaire / University affiliation |  |
| Courriel / Email |  |
| **Cochercheur #3 / co-Investigator #3** | |
| Nom / Last name: | Prénom / First name: |
| NIP FRQ/ FRQ PIN | Statut en recherche / Research Status1: |
| Établissement ou Centre de recherche ou Département / Institution or Research Centre or Department |  |
| Affiliation universitaire / University affiliation |  |
| Courriel / Email |  |

***\*\*\*Vous pouvez ajouter une section pour chaque cochercheur additionnel / Simply add a section for additional co-Investigators***

|  |
| --- |
| **SECTION C – Projet de recherche / Research project** |

|  |
| --- |
| **Résumé scientifique du projet de recherche / Summary of the research project *(Maximum 2 pages)*** |
| Résumez le projet de recherche en faisant ressortir l’originalité et la pertinence des questions posées en regard des objectifs du programme. Décrivez le rôle de chacun des membres de l’équipe. Soulignez l’impact potentiel (retombées) des résultats pour les patients.  Veuillez vous assurer de couvrir les critères de pertinence suivants :   * *Alignement des objectifs du projet avec les priorités du concours.* Les membres de l’équipe doivent situer la pertinence de leur projet dans la perspective d'amélioration des soins et services donnés aux usagers * *Démonstration du caractère innovant et de pointe de la pratique faisant l’objet du projet.*Les informations sur les composantes de la pratique doivent être précises et clairement présentées * *Faisabilité du projet*. Les retombées concrètes et mesurables attendues pour les usagers doivent être définies * *Démonstration de l’engagement des usagers dans le projet.* La lettre d’intention doit faire état des modalités anticipées afin d’engager les usagers dans la perspective d’améliorer l’expérience du patient   N.B. le texte d’instructions ci-dessus n’est pas inclus dans le maximum de 2 pages  Summarize the research project by highlighting the originality and relevance of the questions asked in relation to the program’s objectives. Describe the role of each team members. Point out the potential impact (outcomes) of the results for the patients.  Please make sure to cover the following relevance criteria:   * *Alignment of project objectives with the competition priorities.* The team members must situate the relevance of their project in a perspective of improving the care and services offered to users * *Demonstration of innovative and cutting-edge character of the practice in the project*. Information on the practical components must be precise and clearly presented * *Project feasibility.* The practical and measurable benefits expected for the users must be defined * *Demonstration of user involvement in the project.* The letter of intent must state the anticipated methods to engage users   N.B. the instruction text above is not included in the 2 pages maximum |

|  |
| --- |
| **Partenariat et engagement des usagers dans le projet / Users’ partnership and involvement in the project *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez décrire le rôle et les responsabilités des usagers dans la conception et la réalisation du projet.  Describe the users’ role and responsibilities in the design and implementation of the project. |

|  |
| --- |
| **SECTION D – Consentements et Signatures / Consents and Signatures** |

|  |  |
| --- | --- |
| Je, soussigné, co-responsable du projet, déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans l’avis d’intention sont exacts et complets.  Les cochercheurs et membres de l’équipe identifiés dans l’avis comme prenant part au projet de recherche m’ont confirmé leur volonté de participer au projet de recherche et j’ai obtenu leur autorisation afin de fournir tous renseignements personnels et confidentiels les concernant.  J’autorise le FRQS, la Direction générale de l’Oncopole (dont les bureaux sont situés à l’Université Montréal) et l’Unité de soutien SRAP, ainsi qu’à tout partenaire du programme (incluant ceux qui pourraient s’ajouter après le lancement du Concours), à conserver et à utiliser tous les renseignements personnels et scientifiques contenus dans l’avis d’intention conformément aux modalités décrites dans le document intitulé Protection des renseignements personnels et scientifiques (en Annexe des règles de programme) et dans [l’*Énoncé relatif à la protection des renseignements personnels et confidentiels des dossiers des candidats, candidates et titulaires d’un octroi*](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/539200/%C3%89nonc%C3%A9%20relatif+%C3%A0%20la+protection+des+renseignements+personnels+et+confidentiels+des+dossiers+des+candidats%2C%20candidates+et+titulaires+d%E2%80%99un+octroi/be80d388-9c13-4ba1-b32f-1ede66498b12), et sous la condition que les personnes ayant accès à ces renseignements en respectent le caractère confidentiel.  Je consens à ce que mon nom, mon affiliation universitaire, le titre du projet et les mots-clés soient diffusés, s’il y a lieu, sur les sites web du FRQS et de l’Oncopole si mon projet est admissible suite à l’avis d’intention. Je comprends que les noms et affiliations des cochercheurs impliqués dans mon projet ne seront pas diffusés sur ces sites web suite à cette étape.  J’ai lu et je m'engage à respecter les obligations décrites aux ***Règles générales communes***des Fonds de recherche du Québec (FRQ) et à la politique de ***Libre accès aux résultats de recherche publiés****,* telles qu’elles sont mises à jour périodiquement, et à respecter l'ensemble des conditions décrites dans les ***Règles du programme*** pour lequel je fais une demande de financement et toute autre condition imposée dans la lettre d’octroi et au moment des versements.  J’ai lu et je m'engage à respecter les normes d'éthique et d'intégrité définies, notamment, dans le document ***Standards du FRQS sur l’éthique de la recherche en santé humaine et l’intégrité scientifique*** du FRQS, tel qu’il est mis à jour périodiquement, et les obligations en découlant, ainsi qu’à souscrire aux pratiques exemplaires propres à mon domaine de recherche.  J’ai lu et je m'engage à respecter les dispositions de la ***Politique sur la conduite responsable en recherche*** des FRQ, telle qu’elle est mise à jour périodiquement, de même que celles de la politique institutionnelle en matière de conduite responsable en recherche applicable à mes activités de recherche. En cas de manquement avéré à la conduite responsable en recherche visant mes activités de recherche, j'accepte que le rapport d'examen de la plainte (incluant les renseignements personnels me concernant) soit communiqué aux FRQ afin qu’ils puissent prendre des mesures appropriées. Ces mesures peuvent inclure des sanctions relatives au financement des FRQ ou à mon admissibilité à recevoir un tel financement. Si une intervention urgente était nécessaire pour prévenir ou cesser un dommage, l'établissement pourrait également communiquer toute information pertinente aux FRQ sans attendre l’issue du processus d’examen de la plainte.  Je ne suis pas présentement non admissible à recevoir du financement d’une agence publique de financement de la recherche au Canada ou à l'étranger, en raison d'un manquement avéré à la conduite responsable en recherche.  Je m'engage à aviser immédiatement le Fonds auquel je transmets la présente demande si je deviens non admissible à faire une demande de financement ou à détenir des fonds d'une agence publique de financement de la recherche au Canada ou à l'étranger, en raison d'un manquement avéré à la conduite responsable en recherche. Le maintien d’un éventuel octroi des FRQ pourra alors faire l'objet d'un examen par le comité en conduite responsable en recherche des FRQ.  Je comprends que le non-respect de l’un ou l’autre de ces engagements peut entrainer le retrait d’une demande en cours d’évaluation, ou encore la suspension, le retrait, la cessation ou même le remboursement d’un octroi ou l’imposition de toute autre sanction administrative liée aux privilèges que peuvent accorder les FRQ.  \*\*\*  I, the undersigned, Co-Leader of the project, states and certifies that all information provided in this notice of intent is complete and accurate to the best of my knowledge.  The co-investigators and team members listed in this notice have confirmed their commitment to the research project and authorized me to provide their personal and confidential information.  I authorize the FRQS, the Oncopole Executive Management Team (whose offices are located at Université de Montréal) and the Unité de soutien SRAP, as well as any program partner (including those that may be added after the launch of the Competition), to keep and use all personal and scientific information provided in this notice according to the terms and conditions of the document Protection of personal and scientific information (annexed to the Program Rules) and in the [l’*Énoncé relatif à la protection des renseignements personnels et confidentiels des dossiers des candidats, candidates et titulaires d’un octroi*](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/539200/%C3%89nonc%C3%A9%20relatif+%C3%A0%20la+protection+des+renseignements+personnels+et+confidentiels+des+dossiers+des+candidats%2C%20candidates+et+titulaires+d%E2%80%99un+octroi/be80d388-9c13-4ba1-b32f-1ede66498b12), and under the condition that the persons who have access to this information undertake to respect its confidentiality.  I agree that, in the case of my notice of intent being eligible, my name, academic affiliation, project title and keywords can be posted on the FRQS and Oncopole websites. I understand that the names and academic affiliations of the co-Investigators involved in my project will not be posted on these websites following this step.  I have read and agree to comply with the obligations set out in the ***Common General Rules*** of the Fonds de recherche du Québec (FRQ) and in the ***Politique de libre accès aux résultats de recherche publiés*** of the FRQS, as they are updated periodically, and meet the terms set out in the **rules of the funding Program** to which I am applying, as well as all other terms set out in the grant letter and at the time the payments are made.  I have read and shall comply with the standards of ethics and integrity of the FRQ, including those set out in the ***Standards du FRQS sur l’éthique et de la recherche en santé humaine et l’intégrité scientifique***, as they are periodically updated, and the ensuing obligations and subscribe to the best practices in my area of research.  I have read and shall comply with the provisions of the ***Policy for the Responsible Conduct of Research*** of the FRQ, as it is periodically updated, as well as those set out in institutional policies with regard to the responsible conduct of research, as they apply to my research activities. In the event of a substantiated case of breach of responsible conduct of research in connection with my research activities, I agree that the final report following the complaint’s review, including my personal information, shall be transmitted to the FRQ so that the agencies may take appropriate measures. These measures may include sanctions related to the FRQ funding, as well as sanctions pertaining to my eligibility to receive FRQ funding. Should urgent intervention be required to prevent or end damages, the institution may communicate all relevant information to the FRQ without awaiting the outcome of the consideration of the complaint.  I am not currently ineligible to receive funding from a Canadian or international research funding agency as the result of a substantiated case of breach.  I shall advise the FRQS should I become ineligible to apply for funding or receive funding from a Canadian or international research funding agency as the result of a substantiated case of breach. The continuation of any FRQ funding may then be considered by the FRQ’s Responsible Conduct of Research Committee.  I understand that failure to comply with any of these commitments may lead to the withdrawal of my application from the review process, or to the suspension, withdrawal, termination or even reimbursement of funding, or any other type of administrative penalty related to the privileges granted by the FRQ. | |
| **Date :**    jj-mois-AAAA / dd-mm-YYYY | **Signature co-responsable #1 / Co-Leader #1:**    (Nom en lettres d’imprimerie / Print Name) |
| **Date :**    jj-mois-AAAA / dd-mm-YYYY | **Signature co-responsable #2 / Co-Leader #2:**    (Nom en lettres d’imprimerie / Print Name) |

|  |  |
| --- | --- |
| **SECTION E – Experts proposés / Proposed experts** | |
|  | |
| **Suggestions d’experts à l’extérieur du Québec /**  **Suggested experts outside of Québec** | |
|  | |
| 1. Nom/Name : | |
| Institution/Organization : | Pays/Country : |
| Courriel/Email : | |
| Domaine (s) d’expertise (mots-clés)/Area of expertise (keywords) : | |
|  | |
| 1. Nom/Name : | |
| Institution/Organization : | Pays/Country : |
| Courriel/Email : | |
| Domaine (s) d’expertise (mots-clés)/Area of expertise (keywords) : | |
|  | |
| 1. Nom/Name : | |
| Institution/Organization : | Pays/Country : |
| Courriel/Email : | |
| Domaine (s) d’expertise (mots-clés)/Area of expertise (keywords) : | |
|  | |
| 1. Nom/Name : | |
| Institution/Organization : | Pays/Country : |
| Courriel/Email : | |
| Domaine (s) d’expertise (mots-clés)/Area of expertise (keywords) : | |
|  | |
| 1. Nom/Name : | |
| Institution/Organization : | Pays/Country : |
| Courriel/Email : | |
| Domaine (s) d’expertise (mots-clés)/Area of expertise (keywords) : | |

1. Voir statuts en recherche des Règles générales communes [RGC 2019](http://www.frqs.gouv.qc.ca/documents/10191/500154/RGC_2019_20190528_VF_sans+suivi.pdf/b82059a9-1935-4b7e-a21d-cb7ca58e64c7) / See Research Statuses in the Common General Rules [↑](#footnote-ref-1)