|  |  |
| --- | --- |
| **« Programme d’octroi de subventions du MSSS en partenariat avec la Fondation Graham Boeckh et le FRQS : Projets de démonstration en appui à la mise en œuvre de réseaux de services intégrés aux jeunes (RSIJ) »** | **FORMULAIRE DE LETTRE D’INTENTION**Date limite de dépôt : **5 mars 2018** |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** |
|       | No dossier *(Espace réservé pour usage interne) :*  |

|  |
| --- |
| **Mots clés (Maximum 10)** |
| Inscrire jusqu’à 10 mots clés décrivant le projet.      |

|  |
| --- |
| **SECTION A – Renseignements administratifs** |

|  |
| --- |
| **Informations relatives au CISSS ou CIUSSS présentant la lettre d’intention et au GMF-partenaire** |
| Nom du CISSS ou CIUSSS :        |
| Nom et prénom du ou de la PDG du CISSS ou CIUSSS :       |
| Direction(s) responsable(s) de programmes-services du CISSS ou CIUSSS impliquées dans le projet :       |
| Votre CISSS ou CIUSSS soumet-il plus d’un projet dans le cadre de ce programme? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, combien?       |
| Le projet proposé implique-t-il d'autres partenaires (organismes ou établissements) que ceux figurant dans les règles du programme? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
|  Si oui, lesquels?       |

|  |
| --- |
| **Coordonnées complètes du directeur ou de la directrice ou d’un représentant ou d’une représentante de la Direction des Finances du CISSS ou CIUSSS où sera administrée la subvention** |
| Nom, Prénom :       |
| CISSS ou CIUSSS :       |
| Département (si applicable)        |
| Adresse :       |
| Ville :        | Code Postal :       |
| Courriel :       | Téléphone :       |

|  |
| --- |
| **SECTION B – Identification des coresponsables et des membres de l’équipe de projet** |

|  |
| --- |
| **Identification des coresponsables**  |
| **Gestionnaire responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS** |
| Nom :       | Prénom :       | NIP FRQS :      (si applicable)  |
| Titre / Fonction :       |
| CISSS ou CIUSSS |       |
| Adresse |       |
| Ville |       |
| Code Postal |       |
| Téléphone |       |
| Courriel |       |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire** |
| Nom :       | Prénom :       | NIP FRQS :      (si applicable)  |
| Titre / Fonction :       |
| Université |       |
| Département / Faculté |       |
| Adresse |       |
| Ville |       |
| Code Postal |       |
| Téléphone |       |
| Courriel |       |
| **Autre coresponsable (si applicable)** |
| Nom :       | Prénom :       | NIP FRQS :      (si applicable)  |
| Titre / Fonction :       |
| Établissement / Université / Organisation |       |
| Département / Faculté (si applicable) |       |
| Adresse  |       |
| Ville |       |
| Code Postal |       |
| Téléphone |       |
| Courriel |       |

|  |
| --- |
| **Identification des membres de l’équipe** |
| **Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire** |
| Nom, Prénom | NIP FRQS(si applicable) | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Professionnels ou professionnelles de la santé et des services sociaux / autres intervenants** |
| Nom, Prénom | NIP FRQS(si applicable) | Université / Organisation | Département / Faculté | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Décideurs et décideuses / gestionnaires** |
| Nom, Prénom | NIP FRQS(si applicable) | Université / Organisation | Département / Faculté | Adresse postale | Téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Usagers** |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
| **Collaborateurs et/ou collaboratrices de l’extérieur du Québec** |
| Nom, Prénom | Rôle dans l’équipe | Établissement / Université / Organisation | Département / Faculté (si applicable) | Adresse postale, téléphone et courriel |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |

|  |
| --- |
| **SECTION C – Description du projet** |

|  |
| --- |
| **Résumé scientifique du projet**  |
| **Alignement des objectifs du projet avec les priorités du concours *(Maximum 1 page)*** |
| Résumez le projet en situant sa pertinence dans la perspective d'amélioration de l’offre services de santé et de services sociaux destinée aux jeunes de 12 à 25 ans. Donnez également un aperçu des aspects méthodologiques du projet.       |
| **Détails sur le projet** |
| **Démonstration de l’adéquation du projet avec les critères de qualité d’un réseau de services intégrés, tels que présentés dans le document de soutien ministériel RSIJ *(Maximum 1 page)*** |
| Veuillez fournir des informations sur les composantes qui permettront l’adaptation du modèle d’organisation des soins et services préconisé.      |
| **Établissement de la faisabilité de l’implantation *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez définir les retombées concrètes et mesurables attendues sur les usagers (à spécifier en fonction de la réalité territoriale).      |
| **Démonstration du partenariat et de l’engagement des décideurs et des usagers dans le projet *(Maximum 1/2 page)*** |
| Veuillez faire état des modalités anticipées de ce partenariat et de l’engagement des parties.      |

|  |
| --- |
| **SIGNATURES** |
| Je, soussigné, PDG du CISSS ou CIUSSS, déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets.  |
|       |       |
| **Date :** jj-mois-AAAA | **Signature :** (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Gestionnaire responsable de programmes services d’un CISSS ou CIUSSS », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets.  |
|       |       |
| **Date :** jj-mois-AAAA | **Signature :** (Nom en lettres d’imprimerie) |
| Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Chercheur ou chercheuse universitaire / chercheur clinicien ou chercheuse clinicienne universitaire », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. |
|       |       |
| **Date :** jj-mois-AAAA | **Signature :** (Nom en lettres d’imprimerie) |
| **S’il y a lieu seulement** - Je, soussigné, coresponsable identifié ou coresponsable identifiée sous « Autre coresponsable », déclare et atteste que tous les renseignements contenus dans cette lettre d’intention sont exacts et complets. |
|       |       |
| **Date :** jj-mois-AAAA | **Signature :** (Nom en lettres d’imprimerie) |