|  |  |
| --- | --- |
| **« 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) |