

# Demande de financement

(Acquisition d'équipements ou réalisation de projets)

## Critères d'admissibilité

Les demandes doivent être conformes à la mission de la Fondation qui est de favoriser le maintien et le développement des soins et des services offerts par l'Hôpital de La Malbaie en amassant des fonds, en faisant la promotion de la santé et en mobilisant la population.

Les demandes liées à des intérêts personnels ou d'entreprises sont irrecevables.

Les demandes liées à des dépenses administratives de fonctionnement ne peuvent être considérées.

---

## Objectifs poursuivis par l'acquisition d'équipements :

- Amélioration de la qualité des soins
- Amélioration des services connexes
- Achats d'équipements jugés prioritaires par les professionnels du CIUSSSCN, pour l'Hôpital de La Malbaie
- Amélioration des immobilisations requises suite aux changements techniques apportés par le nouvel équipement
- Modification des immobilisations pour le développement d'un nouveau service
- Amélioration des immobilisations pour améliorer les méthodes technologiques actuelles

---

## Impact sur les usagers

- Facilite l'investigation des usagers
- Accélère le traitement
- Diminue le temps de convalescence
- Évite des déplacements vers un autre établissement de santé
- Facilite le recrutement de médecin et la rétention du personnel médical et infirmier
- Améliore les soins et la qualité de vie des usagers

---

## Étapes relatives à l'attribution de financement par la Fondation

- Faire approuver par le directeur ou directeur adjoint du programme clientèle du CIUSSSCN
- Présentation du projet à la représentante du CIUSSSCN, madame Manon Demers, qui siège sur le conseil d'administration de la Fondation.
- Dépôt du formulaire signé par le chef de service et directeur/directeur adjoint à la représentante du CIUSSSCN pour dépôt à la direction générale de la Fondation
- Les demandes doivent être faites par l'entremise de la représentante du CIUSSSCN
- Le conseil d'administration de la Fondation peut approuver ou refuser la demande
- Sur acceptation de la demande de financement, la Fondation fait parvenir l'extrait de résolution auprès des personnes concernées du CIUSSSCN
- Le CIUSSSCN procède à l'appel d'offres pour obtenir des soumissions
- Le CIUSSSCN effectue l'achat de l'équipement ou la réalisation du projet
- Sur réception de l'équipement ou la réalisation du projet à l'Hôpital de La Malbaie, la Fondation procède au versement du don

Pour obtenir de plus amples informations, communiquez avec Ginette Lapointe, directrice générale au numéro 418-665-1717 ou par courriel au [ginette.lapointe.ciuusscn@ssss.gouv.qc.ca](mailto:ginette.lapointe.ciuusscn@ssss.gouv.qc.ca)

## Informations générales

Nom du demandeur :

Titre :

No. de téléphone :

Poste :

Cellulaire :

Courriel :

Dépt./service/unité :

Date de la demande :

Direction concernée :


Type de demande :  médical  non-médical  spécialisé

Nom de l'équipement demandé :	
Quantité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3 <input type="radio"/> Autre_____
Identification du projet ou équipement :	<input type="radio"/> Rehaussement <input type="radio"/> Développement <input type="radio"/> Remplacement
Description sommaire de l'équipement : (Joindre documents pertinents)	
À quel type de clientèle s'adresse l'équipement :	
Donner un exemple de traitement pour lequel l'équipement va servir :	
Dans quel département de l'Hôpital de La Malbaie l'équipement va-t-il servir ?	
Fréquence d'utilisation :	<input type="radio"/> Quotidienne <input type="radio"/> Hebdomadaire <input type="radio"/> Mensuelle <input type="radio"/> À l'occasion
Priorisation (urgence du besoin : inscrire la date d'acquisition souhaitée)	
Coût estimé par appareil :	

Avant d'expédier votre demande, assurez-vous d'obtenir la signature exigée :

 **Chef de service, de département ou d'unité de soins autorisé :** \_\_\_\_\_ (lettres moulées)

Signature : \_\_\_\_\_ Date :        /        /

 **Directeur ou directeur adjoint de la direction clientèle :** \_\_\_\_\_ (lettres moulées)

Signature : \_\_\_\_\_ Date :        /        /