Soutien à la mission globale

Présentation

La transmission d'une demande de soutien financier est le mécanisme privilégié mis à la disposition de tous les organismes d'action communautaire autonome en santé et services sociaux pour présenter leur demande de soutien financier au PSOC pour la réalisation de leur mission.

Ce formulaire de mise à jour doit être complété annuellement par tout organisme d'action communautaire autonome qui œuvre en santé et services sociaux et qui est actuellement admis au PSOC par l'établissement responsable de sa région ou par le ministère de la Santé et des Services sociaux lorsque son rayonnement est national.

Nous vous demandons de porter une attention particulière aux sections suivantes:

Section 1.1 : **L'adresse courriel indiquée à cette section doit être identique à celle utilisée pour la réception de vos avis de paiement.**

Sections 3.1;3.2 : **Les justifications personnalisées transmises par votre organisme dans la demande de rehaussement doivent être en cohérence avec les dépenses admissibles au cadre normatif PSOC (MSSS, 2023) et seront analysées lors de la répartition des crédits additionnels.**

Afin que la demande de soutien financier de l'organisme soit examinée, il est impératif que la grille soit dûment remplie, signée et transmise dans les délais impartis à l'adresse indiquée :

- **en format numérique uniquement,**
- **au plus tard le vendredi 30 janvier 2026,**
- **à l'adresse courriel : psoc.cissslan@ssss.gouv.qc.ca**

Nous vous rappelons que la clause 2.1 de la Convention de soutien financier prévoit que tout retard dans la transmission de ce formulaire est susceptible d'affecter le calendrier des versements. Un retard important pourrait également avoir des conséquences sur le montant du soutien financier accordé par le CISSS pour l'année visée par ce retard. Par ailleurs, nous vous informons que Santé-Québec, dans le cadre des crédits additionnels à la mission globale, a stipulé que l'organisme doit être en conformité avec ses obligations inscrites à ladite Convention pour y être éligibles.

Pour toute information, veuillez communiquer avec madame Mélanie Côté, répondante au PSOC, par courriel à

l'adresse suivante : melanie.cote.cissslan@ssss.gouv.qc.ca

GRILLE À COMPLÉTER

1. Identification de l'organisme

1.1 Coordonnées de l'organisme

Note : Veuillez cocher si les renseignements fournis sont différents ou nouveaux par rapport à la dernière demande de soutien financier à la mission globale de l'organisme. Si différent ☐

Nom de l'organisme selon les lettres patentes | Numéro d'entreprise du Québec (NEQ)

Adresse municipale (nº, rue, bureau)

Ville/Municipalité | Province | Code postal

Casier postal | Adresse électronique officielle de l'organisme pour la correspondance et la transmission des avis de paiement[1]

Téléphone | Poste | Site internet | Réseaux sociaux

Nom de la dirigeante principale/du dirigeant principal | Titre

Téléphone | Poste | Adresse électronique

Nom de la présidente/du président

Téléphone (autre que celui de l'organisme) | Poste | Adresse électronique (autre que celle de l'organisme)

1.2 Renseignements à fournir

En cohérence avec les obligations de l'organisme, inscrites à l'article 2.7 de la Convention de soutien financier, veuillez fournir les renseignements suivants :

1. Date des lettres patentes ou lettres patentes supplémentaires les plus récentes :

2. Date de l'adoption, par l'assemblée générale des membres, des règlements généraux en vigueur : _____ Date (jj/mm/aaaa)

3. Dans la dernière année, est-ce qu'il y a eu une condamnation contre l'organisme ou une personne représentante de l'organisme ? ◯ Oui ◯ Non

   Si oui, expliquez :

1. Indiquez une adresse électronique générique qui ne contient ni nom, ni prénom. Si l'organisme n'en possède pas, veuillez faire les démarches appropriées pour en créer une, afin d'assurer à l'organisme la réception des correspondances et des avis de paiement.

4. Dans la dernière année, indiquez si l'organisme a eu des contraintes majeures au maintien de ses activités et les mesures prises pour aviser les participantes, participants et les partenaires, incluant une poursuite judiciaire contre l'organisme qui mettrait en péril les services et les activités de celui-ci :

2. Conseil d'administration

2.1 Liste des membres du CA

A. Nom Administratrices/ administrateurs en fonction Précisez les postes vacants selon les règlements généraux	B. Numéro de téléphone (*) autre que celui de l'organisme * Utilisez l'astérisque dans la case (*) si le numéro de téléphone transmis est confidentiel et doit être utilisé en cas d'urgence seulement.	C. Fonction au CA
1.	poste	
2.	poste	
3.	poste	
4.	poste	
5.	poste	
6.	poste	
7.	poste	
8.	poste	
9.	poste	
10.	poste	
11.	poste	
12.	poste	

Les personnes qui composent le CA sont-elles majoritairement des personnes utilisatrices des services de l'organisme ou des membres de la communauté que l'organisme dessert ? ◯ Oui ◯ Non

Si non, expliquez :

Confirmez-vous que votre CA est indépendant du réseau public (provincial, fédéral ou municipal) ? ◯ Oui ◯ Non

Si non, expliquez :

3. Renseignements liés à la demande

3.1 Rehaussement du soutien financier accordé pour la mission globale de l'organisme par le PSOC

Considérant que :

- Le soutien financier du PSOC constitue un appui à la réalisation de la mission globale de l'organisme, en complément à la contribution de la communauté ;
- L'organisme a reçu un montant en soutien à la mission globale dans le cadre du dernier exercice financier de _____ $ et ce montant sera reconduit en accord avec la convention de soutien financier ;
- Le soutien financier qui a été accordé dans le précédent exercice financier sera ajusté selon le taux d'indexation déterminé par le gouvernement pour tous les organismes communautaires en santé et services sociaux ;
- L'organisme pourrait aussi être éligible à un rehaussement du financement en soutien à la mission globale qu'il a reçu dans le précédent exercice financier ;
- Pour être éligible à ce rehaussement, l'organisme doit, en premier lieu, en faire la demande à partir de ce formulaire et expliquer comment ce rehaussement seulement serait utilisé pour réaliser sa mission ;
- Le conseil d'administration peut aussi choisir de ne pas demander de rehaussement ;

Quel est le **montant de rehaussement** demandé à titre de contribution du PSOC à la réalisation de la mission de l'organisme ? _____ $

Note : Ce montant peut être 0. Dans ce cas, le montant de soutien financier de l'organisme sera indexé selon le taux prévu.

3.2 Explication du rehaussement du soutien financier demandé au PSOC

Le CA est invité à expliquer l'utilisation prévue du rehaussement demandé, tel qu'inscrit à la question 3.1, en fournissant les renseignements qui permettent une compréhension claire des trois énoncés suivants :

- Les besoins de l'organisme qui pourraient être répondus avec le rehaussement récurrent demandé ;
- L'utilisation qui serait faite du rehaussement récurrent demandé pour permettre à l'organisme de réaliser sa mission ;
- La démonstration des besoins de l'organisme qui pourraient être répondus avec ce rehaussement récurrent.

Note : Si le montant indiqué à la section 3.1 est 0, le CA n'a pas à compléter cette partie.

4. Résolution concernant le formulaire de demande de soutien financier au PSOC pour -

Conformément à une résolution proposée par (nom de l'administratrice / administrateur) _____, appuyée par (nom de l'administratrice / administrateur) _____ et adoptée, au cours d'une réunion du CA de l'organisme dûment convoquée et tenue le (date jj/mm/aaaa) _____, et en connaissance des conditions de la Convention de soutien financier en vigueur dans le cadre du financement en soutien à la mission globale des organismes d'action communautaire autonome œuvrant en santé et services sociaux, une demande de rehaussement du soutien financier en appui à la mission globale pour l'exercice financier - est présentée par la présidente/le président et la secrétaire/le secrétaire.

Le rehaussement demandé est de : _____ $ (ce montant doit être le même que celui de la section 3.1)

_____ le _____
Signé à — Date (jj/mm/aaaa)

J'ai pris connaissance en totalité de cette demande de soutien financier. J'atteste que les renseignements qui s'y trouvent sont complets et véridiques.

Présidente/président :

_____ _____
Nom en lettres moulées — Signature

Secrétaire :

_____ _____
Nom en lettres moulées — Signature

Note : En cas d'impossibilité d'obtenir la signature de l'une de ces personnes, la résolution peut être signée par un/une autre administratrice/ administrateur qui a l'autorisation de signer les documents officiels de l'organisme, excluant la dirigeante principale/le dirigeant principal.

Fonction de la personne qui a complété le formulaire : _____

_____ _____
Nom en lettres moulées — Signature