

PRÉSENTATION DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Êtes-vous un organisme à but non lucratif? Oui Non

Nom de l'organisme: _____ Statut (Association, fondation, etc.): _____

Nombre d'employés: _____ Nombre de bénévoles: _____

Mission (Joignez en annexe une description détaillée de votre mission): _____

Partenaires: _____

Réalisations dans le domaine de la santé auditive: _____

Bilan financier (Joignez en annexe les trois derniers états financiers): _____

Personne contact: _____ Téléphone: _____

Adresse postale: _____

Site internet: _____ Courriel: _____

DÉTAILS DE LA DEMANDE

Votre demande concerne:

Des aides auditives pour un particulier (Joignez en annexe une lettre explicative de sa situation et de ses besoins).

Des aides de suppléance à l'audition pour un particulier (Joignez en annexe une lettre explicative).

Des services professionnels. Spécifiez lesquels (Audiologiques, audioprothétiques, autres): _____

Des activités de formation. Spécifiez lesquelles (Joignez en annexe les coordonnées de la personne ressource): _____

Un support à la recherche (Joignez en annexe le détail de votre projet de recherche et expliquez-nous comment nous pourrions vous soutenir (achat de matériel, allocation de recherche, collaboration avec les professionnels du groupe, etc.)).

Un support pour une activité de levée de fonds (Joignez en annexe le détail de l'aide que nous pourrions vous fournir, de la visibilité qui nous sera accordée en retour et de l'usage prévu du financement obtenu).

Un support pour un événement de sensibilisation du grand public (Joignez en annexe le détail de l'aide que nous pourrions vous fournir, de la visibilité qui nous sera accordée en retour et de l'usage prévu du financement obtenu).

DÉTAILS DU PROJET

Quels seront les autres partenaires de ce projet (Confirmés ou sollicités)? _____

Quel sera le budget total pour ce projet? _____

Quelle en sera la partie financée par les partenaires? _____

Combien d'employés et/ou de bénévoles seront affectés à ce projet? _____

Description de la clientèle ciblée par le projet: _____

Description de l'impact du projet sur la santé auditive: _____

Comment ferez-vous connaître les résultats à vos partenaires? (Joignez en annexe votre plan de communication ou à défaut la date où celui-ci sera disponible) _____

Par la présente, je confirme que les informations fournies dans ce formulaire de demande de don sont exactes et complètes au meilleur de ma connaissance.

X _____ jour / mois / année
Usager ou personne autorisée

CONSENTEMENT À LA COLLECTE ET UTILISATION DE RENSEIGNEMENTS PERSONNELS

Je soussigné(e) _____ Nom de l'organisme _____

J'autorise la Fondation Groupe Forget, lors de l'ouverture de mon dossier de demande de don ou pour la mise à jour de celui-ci, à recueillir mes renseignements personnels pour les fins ci-après énumérées, lesquels sont nécessaires à l'évaluation de ma demande, soit :

- Évaluation de mes besoins auditifs à l'aide d'un audiogramme récent, d'un historique audiolgique et d'une lettre décrivant mes activités, mon appareillage actuel et mes besoins;
- Obtention et consultation du dossier patient auprès de Polyclinique de l'Oreille et/ou Groupe Forget et/ou médecin Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL), s'il y a lieu;
- Obtention d'informations additionnelles après des professionnels consultés chez Polyclinique de l'Oreille et/ou Groupe Forget et/ou médecin Oto-Rhino-Laryngologiste (ORL);
- Évaluation de ma capacité financière à l'aide du dernier compte de taxes foncières et des avis de cotisation du demandeur et de son conjoint, s'il y a lieu;
- Commandes d'aides auditives, pièces et accessoires reliés à la santé auditive, incluant les commandes faites auprès de fournisseurs situés hors Québec;

Mes renseignements personnels pourraient être recueillis lors de la réception de la demande de don, d'appels téléphoniques de courriels ou de tous autres suivis dans le cadre de ma demande de don à la Fondation Groupe Forget. L'ensemble des renseignements personnels recueillis est consigné à mon dossier de demande de don, lequel peut être conservé sur support papier, électronique ou infonuagique.

En tout temps, je peux obtenir accès aux renseignements personnels à mon sujet, obtenir leur rectification au besoin, ou encore retirer à tout moment mon consentement à la conservation, la communication ou l'utilisation des renseignements personnels recueillis.

Je consens expressément à ce que les renseignements personnels me concernant soient recueillis, conservés et utilisés aux fins et de la façon ci-haut mentionnées et, si nécessaire à l'exercice du mandat donné, transférés à un tiers au Québec ou hors Québec, par la Fondation Groupe Forget.

Mon consentement est manifeste, libre et éclairé, et est donné aux fins spécifiques ci-haut mentionnées. De plus, mon consentement est valide jusqu'à son retrait ou jusqu'à ce que la Fondation Groupe Forget ait terminé l'étude du dossier de demande de don.

X _____
Usager ou personne autorisée

_____ jour / mois / année