



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: _____
Réalizations dans le domaine de la santé auditive: _____
Bilan financier (joignez en annexe les trois derniers états financiers): _____

Nom de la personne contact: _____ Téléphone: _____
Adresse postale: _____
Site internet: _____ Adresse 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. Si oui, spécifiez lesquels (audiologiques, audioprothétiques, autres): _____
- Des activités de formation. Si oui, 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): _____

Postez votre demande complète à la
Fondation Groupe Forget, 9245, rue Thimens, Pierrefonds, Québec, H8Y 0A1



Description of applicant (for organizations)

Are you a non for profit organization? yes no
Name of your organization: _____ Status (association, foundation, etc.): _____
Number of employees: _____ Number of voluntary workers: _____
Mission (attach details): _____
Partners: _____
Accomplishments in the hearing health care area: _____
Balance sheet (attach financial statements for last 3 fiscal years): _____
Contact person's name: _____ Telephone: _____
Address: _____
Web Site: _____ E-mail address: _____

Detail of application

Your application concerns :

- A hearing aid for an individual (if applicable, explain his/her situation and needs in attachment).
- An assistive listening device for an individual (if applicable, explain his/her situation in attachment).
- Professional services. If applicable, specify which ones (audiological, audioprosthesis, other): _____
- Training activity. If applicable, specify which one in attachment (attach coordinates of the contact as person in charge): _____
- Research fund (if applicable, attach details of your research project and explain how we can assist you (purchase of equipment, funding, cooperation with professionals in our group, etc.)).
- Support in fund raising campaign (if applicable, explain how we can help you, what visibility can be offered in exchange for our support and what cause will benefit from the funds).
- Support for a public awareness event (if applicable, explain how we can support your project and what visibility we can derive from such support).

Detail of project

What are the other partners in this project (confirmed or solicited)? _____
What will be the total budget for this project? _____
What portion will be financed through your partners? _____
How many employees / volunteer workers are dedicated to this project? _____
Describe what clientele is being targeted by this project: _____
Describe the project's impact on hearing health care: _____
How will you communicate the results to your partners?(attach your communication protocol or explain when it will be available) _____

Mail your complete application to:
Fondation Groupe Forget, 9245, Thimens, Pierrefonds, Québec, H8Y 0A1