Ontario

Ministry of Health and Long-Term Care / **Ministère de la Santé et des Soins de longue durée**

Homes for Special Care Foyers de soins spéciaux

Program Funding Request
Demande de financement de programme

If space is not sufficient, attach additional sheet.4. S'il n'y a pas suffisamment d'espace, joindre une feuille

Local Homes for Special Care Office/ Bureau régional des foyers de soins spéciaux	Contact name/ Nom de la personne–ressource	Telephone number/ Numéro de téléphone
		( )

1. Is the program/activity new or a continuation of an existing program/activity/
S'agit–il d'un nouveau programme ou d'une nouvelle activité ou de la reconduction d'un programme ou d'une activité déjà en place

☐ New, *indicate proposed effective date/Nouveau – Indiquer la date proposée d'entrée en vigueur* _____ yyyy/mm/dd/aaaa/mm/jj

☐ Continuation, *indicate initial effective date/Reconduction – Indiquer la date initiale d'entrée en vigueur* _____ yyyy/mm/dd/aaaa/mm/jj and attach evaluation(s)/*et joindre les évaluations*

2. Is there an existing local program operated by a non-profit group/agency or volunteers which provides support services and activities being proposed by this program./ Existe–t–il un programme local exécuté par un groupe/organisme à but non lucratif ou par des bénévoles et proposant des activités et des services de soutien offerts dans le cadre du programme visé par la présente demande de financement

☐ No/Non ☐ Yes, *please list and indicate reason(s) for not considering them/Oui – Donner la liste des programmes et des activités en question et les raisons pour lesquelles ils n'ont pas été pris en compte.*

3. Program provider, *agency or individual to provide activity/Organisme ou particulier offrant le programme ou l'activité*

Name/ Nom		Telephone/. Téléphone ( )	
Address, *number and street name/* Adresse – Numéro et rue	City/Town/Ville	Province/Province	Postal code/Code postal

☐ Non-profit Organisme à but non lucratif ☐ Profit, *provide or attach particulars/description of program provider./. Organisme à but lucratif – Donner ou joindre des précisions ou une description de l'organisme ou du particulier offrant le programme*

4.

Program type/ Type de programme	Program description/Description du programme
☐ Educational/Éducatif	
☐ Vocational/Professionnel	
☐ Recreational/Récréatif	
☐ Social/Social	
☐ Life skills/Dynamique de la vie	
☐ Physical/Physique	
☐ Other/ Autre	

5. Where will program be provided/Où le programme sera–t–il fourni

☐ Community, *specify location/* la collectivité – *Préciser le lieu*

☐ Residential home, *specify/*Dans un établissement – *Préciser*

☐ Other, *specify/*Autre – Préciser

6. Duration of Program, *must not exceed 1 year. After 1 year a new funding request is required./*Durée du programme – Ne doit pas dépasser 1 an. Après 1 an, il faut soumettre une nouvelle demande de financement.

7. Staffing of Program, *include staff-resident ratio./* Personnel affecté au programme – Préciser le ratio employés–pensionnaires.

8. Program goals and objectives/Objectifs particuliers et généraux du programmes

If space is not sufficient, attach additional sheet.S'il n'y a pas suffisamment d'espace, joindre une feuille supplémentaire.

9. Outline of program activities/Énoncé des activités du programme

Number of hours Nombre d'heures	☐ Day/Jour ☐ Week/ Semaine	☐ Individual/ Particulier ☐ Group/Groupe	Number of residents per session/ Nombre de pensionnaires par session

10. Have resident(s) been included in and consented to program plan, *please elaborate./*Les pensionnaires ont–ils été inclus dans le plan du programme et l'ont–ils approuvé? Élaborer.

11. Residents participating in program/Pensionnaires participant au programme

Resident's name/Nom du pensionnaire	Residential home/Nom de l'établissement	License number/ Numéro de permis

12. Evaluation plan for program, *include plan for assessing whether resident's individual objectives are being achieved./*Plan d'évaluation du programme – Joindre le plan établi pour déterminer si les objectifs personnels des pensionnaires ont été atteints.

- Is program still needed/ Le programme est–il toujours nécessaire

☐ yes/oui ☐ no/non

- Semi annual evaluation required./ Évaluation semestrielle requise.

13. Funding requirements*, all funding requests should be sufficient to represent the total expected cost of this program/activity and show a breakdown of the per diem rate/*Aide financière demandée – Toutes les demandes de financement devraient pouvoir représenter le coût total prévu de ce programme ou de cette activité et comporter une ventilation du taux quotidien.

If space is not sufficient, attach additional sheet./S'il n'y a pas suffisamment d'espace, joindre une feuille supplémentaire.

Funding requirements continued/Aide financière demandée (suite)

☐ Transportation required/Moyen de transport requis

Cost/ Coût	Source/Source

If known, provide information on the following:/Fournir les renseignements connus sur ce qui suit :

1. Staff salaries/Salaires des employés
2. Cost of supplies/Coût des fournitures
3. Cost of premises (office space)/Coût des lieux (bureaux)
4. Other costs/Autres coûts

Signature of Homes for Special Care field staff/ Signature de l'employé du Bureau régional des foyers de soins spéciaux	Date, *yyyy/mm/dd/* Date – aaaa/mm/jj