

Aide à l'efficience du réseau de soins

Demande :

Déposée le :

Récapitulatif de votre demande :

**Demander un soutien financier**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coordonnées du demandeur** | |
| Nom de l'entité |  |
| Nom et prénom de la personne responsable du projet |  |
| Adresse |  |
| N° de téléphone |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Le projet** | |
| Titre du projet |  |
| Coût total du projet |  |
| Montant total demandé à l'Office cantonal de la santé |  |
| Durée du projet |  |
|  | |
| **Pour les projets sur plusieurs années, montant demandé par année** | |
| Année | Montant |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  | |
| Avez-vous déjà demandé un soutien financier auprès de notre département, par le passé et/ou à d'autres départements de l'Etat de Genève pour ce projet? |  |
| Etes-vous sous contrat de prestations avec un autre département de l'Etat de Genève? |  |
|  | |
| Description du projet |  |
| Population cible et contexte du projet |  |
| Points forts du projet |  |
| Objectifs du projet |  |
|  | |
| **Mise en œuvre** | |
| Actions envisagées et calendrier |  |
| Moyens mis en œuvre |  |
| Participation ou implication du public cible |  |
| Travail en réseau/partenariat |  |
|  | |
| **Evaluation du projet** | |
| Type d'évaluation envisagée |  |
|  | |
| **Documents à joindre à cette demande** | |
| Budget prévisionnel et comptes |  |
| Tableau de bord |  |
| Statuts de l'organisation |  |
| Liste des membres du comité conseil |  |
| Compte d'exploitation précédant l'année de la demande |  |
| Bilan annuel précédant l'année de la demande |  |
| Fiche fournisseur |  |