**DIRECTIVES À SUIVRE**

* Avant de remplir le formulaire, **lire attentivement** les documents portant sur les typologies existantes (p. 14 et 15);
* Inscrire les informations **exactes** dans les sections qui concernent la demande de reclassification;
* Acheminer le formulaire dûment rempli et signé et les documents requis à l’adresse courriel  
  [equipepsoc.09cisss@ssss.gouv.qc.ca](mailto:equipepsoc.09cisss@ssss.gouv.qc.ca)

Tout organisme qui demande une reclassification de sa reconnaissance au PSOC est réputé avoir pris connaissance du ***Cadre de gestion régional*** du Programme de soutien aux organismes communautaires et du [*Cadre normatif du Programme de soutien aux organismes communautaire*s](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003582/?&txt=Programme%20de%20soutien%20aux%20organismes%20communautaires&msss_valpub&date=DESC) et à consentir à l’ensemble des clauses s’y rattachant.

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Identification DE L’ORGANISME** | | | | | | | |
| Nom de l’organisme (selon les dernières lettres patentes) | | | |  | | No entreprise du Québec (NEQ)  11 | |
| Adresse du siège social | | | | | | | |
| Municipalité | | Code postal | | | | | No de téléphone |
| Adresse électronique (**adresse de messagerie permanente**) | | | | | | | |
| Nom de la personne responsable de l’organisme | | | |  | Titre | | |
| Téléphone        poste |  | | Courriel | | | | |

|  |
| --- |
| 1. **nature du changement** |
| Indiquer la nature du changement demandé :  Mission  Typologie  Rayonnement territorial |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Objet des lettres patentes de l’organisme** | | | | |
| La demande est-elle en lien avec un changement aux lettres patentes de l’organisme?  Non (passer à la section 3)  Oui | | | | |
| Indiquer la date des modifications aux lettres patentes (si applicable) |  | Année | Mois | Jour |
| Énumérer les modifications aux lettres patentes. (Joindre une copie des lettres patentes supplémentaires) | | | | |
| 1. **Mission actuelle** | | | | |
| **Cette mission doit se retrouver dans les lettres patentes** (maximum 500 caractères). | | | | |
| * 1. **mission demandée** | | | | |
| Veuillez indiquer la nouvelle mission de votre organisme (maximum 500 caractères). | | | | |
| * 1. **Synthèse des activités réalisées** | | | | |
| Veuillez justifier la demande de changement de mission (maximum 500 caractères). | | | | |
| 1. **Typologie actuelle** | | | | |
| Indiquer la typologie actuelle de l’organisme (cocher une seule case) :  Aide et entraide  Sensibilisation, promotion et défense des droits  Milieu de vie et soutien dans la communauté  Hébergement temporaire | | | | |
| * 1. **Typologie demandée** | | | | |
| Indiquer la typologie demandée par l’organisme (cocher une seule case) :  Aide et entraide  Sensibilisation, promotion et défense des droits  Milieu de vie et soutien dans la communauté  Hébergement temporaire | | | | |
| * 1. **Synthèse des activités réalisées** | | | | |
| Veuillez justifier la demande en présentant la mission, les objectifs et les activités principales de l’organisme. **Cette démonstration doit se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme** (maximum 500 caractères). | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Rayonnement territorial actuel** | |
| Indiquer le rayonnement territorial actuel de l’organisme (c’est-à-dire le territoire pour lequel vous êtes actuellement reconnu au PSOC) :  Localité  Multi-localité  MRC  Multi-MRC (2 à 5 MRC)  Régional (6 MRC)  Préciser la ou les MRC (vous pouvez cocher plusieurs cases) : | |
| Caniapiscau  La Haute-Côte-Nord  Le Golfe-du-Saint-Laurent | Manicouagan  Minganie  Sept-Rivières |
| * 1. **Rayonnement territorial demandé** | |
| Indiquer le rayonnement territorial demandé par l’organisme (c’est-à-dire le territoire où vous déployez réellement vos activités régulières actuellement) :  Localité  Multi-localité  MRC  Multi-MRC (2 à 5 MRC)  Régional (6 MRC)  Préciser la ou les MRC (vous pouvez cocher plusieurs cases) : | |
| Caniapiscau  La Haute-Côte-Nord  Le Golfe-du-Saint-Laurent | Manicouagan  Minganie  Sept-Rivières |
| * 1. **Synthèse des activités réalisées** | |
| L’organisme doit pouvoir faire la démonstration du territoire desservi afin d’en avoir la reconnaissance. De plus, il ne doit pas dédoubler les services et activités d’un autre organisme déjà reconnu sur ce territoire pour se prévaloir de ce rayonnement dans le cadre du PSOC. **Cette démonstration doit se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme** (Maximum 500 caractères). | |

|  |
| --- |
| 1. **NOMBRE DE PLACES (pour les ressources d’hébergement)** |
| Quelle est le nombre de places dont l’organisme dispose de façon permanente pour la clientèle et en lien avec sa mission globale (excluant les ententes de service et les situations particulières telles les crises sanitaires) :  Depuis quand avec-vous cette capacité maximale? :      -    -     (aaaa-mm-jj)  Quel est le taux d’occupation annuel de la ressource d’hébergement?  **Ces informations doivent se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme.** |

|  |
| --- |
| 1. **RÉSOLUTION DE LA DEMANDE DE RECLASSIFICATION** |
| La demande de reclassification est faite en connaissance des exigences et des procédures contenues dans le document [*Cadre normatif du Programme de soutien aux organismes communautaire*s](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003582/?&txt=Programme%20de%20soutien%20aux%20organismes%20communautaires&msss_valpub&date=DESC) du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et du Cadre de gestion régional du PSOC du CISSS de la Côte-Nord en vigueur. |
| Conformément à une résolution :  proposée par :       ,  appuyée par :       et  adoptée au cours d’une réunion du conseil d’administration de l’organisme, dûment convoqué et tenue le       , une demande de reclassification au Programme de soutien aux organismes communautaires.  Résolution adoptée et signée :  à       le  Président :  Nom (en lettre moulées) Signature  Secrétaire :  Nom (en lettre moulées) Signature |