

Programme d’aide au transport collectif régional

Municipalité amie des aînés

Formulaire de demande d’aide financière

A Renseignements sur le demandeur	
A.1	Nom complet de la municipalité ou de la municipalité régionale de comté (MRC) _____
	Date de la déclaration de compétence en transport collectif en milieu rural _____ (aaaa-mm-jj)
A.2	Adresse complète _____ Numéro et rue _____ Case postale _____
	Municipalité ou MRC _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

B Renseignements concernant la personne-ressource du demandeur	
B.1	Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M. _____ Fonction au sein de l’organisme _____
B.2	Téléphone (bureau) _____ Ind. rég. _____ Poste _____ Télécopieur (bureau) _____ Ind. rég. _____ Téléphone cellulaire _____ Ind. rég. _____
	Courriel _____

C Renseignements sur le regroupement, s’il y a lieu	
Est-ce qu’il y a d’autres municipalités ou MRC regroupées avec le demandeur dans le but de réaliser le projet?	
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez indiquer, à la section D, la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement)	
<input type="checkbox"/> Non (veuillez passer à la section E)	

D Renseignements sur la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement				
D.1	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.2	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				
_____				
D.3	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.4	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				
_____				
D.5	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M <sup>me</sup> <input type="checkbox"/> M.	
	_____		_____	
Fonction : _____				
D.6	Adresse complète Numéro et rue		Case postale	
	_____		_____	
	Municipalité ou MRC	Province	Pays	Code postal
	_____	_____	_____	_____
	Téléphone (bureau) Ind. rég.	Poste	Télécopieur (bureau) Ind. rég.	Téléphone cellulaire Ind. rég.
_____	_____	_____	_____	
Courriel				
_____				

**Est-ce que l'implantation du nouveau service faisant l'objet de la présente demande entre en concurrence avec un parcours interurbain par autobus déjà existant sur le territoire des municipalités ou MRC regroupées ?**

Oui, veuillez préciser :

**D.7**

Non, veuillez justifier :

**E État de situation sur les services de transport collectif actuellement offerts sur le territoire visé par la présente demande**

Principaux lieux générateurs (p. ex.: hôpitaux, centres commerciaux, centres communautaires) de déplacements, notamment ceux recherchés par les personnes âgées

**E.1**

Capacité d'accueil aux lieux d'embarquement et de débarquement (accès et lieux sécuritaires, présence de bancs publics, espaces d'attente climatisés)

**E.2**

Description sommaire des services actuels de transport interurbain par autobus

**E.3**

Description sommaire des particularités locales du transport collectif

**E.4**

	Nombre d'utilisateurs, si disponible
<b>E.5</b>	Utilisateurs (tous âges confondus) : _____
	Utilisateurs âgés : _____

<b>F</b>	<b>Renseignements sur le projet faisant l'objet de la demande</b>
----------	---

<b>F.1</b>	Description du projet, de ses objectifs et de ses retombées projetées
------------	---

<b>F.2</b>	Le projet visé par l'étude de besoins et de faisabilité concerne : <input type="checkbox"/> le seul service de transport collectif disponible <input type="checkbox"/> un service complémentaire à un parcours de transport collectif déjà existant <input type="checkbox"/> un outil technologique afin d'améliorer l'offre de services à la clientèle âgée <input type="checkbox"/> Si autre, précisez : _____
------------	--

<b>F.3</b>	Nombre d'utilisateurs visés par le projet : Utilisateurs (tous âges confondus) : _____ Utilisateurs âgés : _____
------------	--

<b>F.4</b>	Est-ce qu'il est prévu, dans le cadre du projet, d'évaluer la possibilité de mettre en commun les services de transport collectif déjà existants sur le territoire visé ? <input type="checkbox"/> Oui, précisez : _____  <input type="checkbox"/> Non, expliquez : _____
------------	--

<b>F.5</b>	Explication de la contribution du projet à l'atteinte de l'objectif du présent volet
------------	--

<b>G</b>	<b>Mise en œuvre et coordination du projet</b>
<b>G.1</b>	<p>Est-ce que le demandeur est l'entité la plus apte à assurer la coordination du projet faisant l'objet de la présente demande ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, veuillez indiquer l'entité la plus apte : _____</p>
<b>G.2</b>	<p>Présentation de l'expertise du demandeur (ou de la municipalité ou de la MRC concernée) en matière de coordination d'un projet visant la mise en œuvre d'une étude de besoins et de faisabilité</p>
<b>G.3</b>	<p>Méthodes et stratégies mises en place pour la réalisation de l'étude</p>
<b>G.4</b>	<p>Présentation de la capacité des intervenants à mener à bien l'étude</p>
<b>G.5</b>	<p>Moyens prévus pour le suivi et la reddition de comptes du projet</p>

H Échéancier des étapes de réalisation du projet	
Date de début prévue du projet: _____ (aaaa-mm-jj)	Date de fin prévue du projet: _____ (aaaa-mm-jj)
Étape de réalisation	Échéancier de réalisation des travaux
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
_____	_____ à _____
	(aaaa-mm-jj) (aaaa-mm-jj)

I Plan de financement	
Coût total du projet (taxes nettes incluses)	_____ \$
Coûts totaux admissibles	_____ \$
Contribution du demandeur de l'aide financière	_____ \$
<b>Contribution des autres partenaires (s'il y a lieu)</b>	
Identification du partenaire: _____	_____ \$
Identification du partenaire: _____	_____ \$
Contribution demandée au ministère des Transports et de la Mobilité durable	_____ \$

J Dépenses admissibles assumées	
Dépenses de fonctionnement (rémunération et contrats liés à la réalisation du projet)	_____ \$
Frais administratifs qui ne dépassent pas 15% du montant de l'aide financière (secrétariat, tenue de livres et comptabilité, frais de poste et de reprographie, matériel de bureau)	_____ \$
<b>Total des dépenses</b>	_____ \$

K Vérification des pièces justificatives	
<b>Important:</b> Vous devez fournir toutes les pièces justificatives mentionnées ci-après. Dans le cas contraire, votre dossier ne sera pas pris en considération.	
<input type="checkbox"/> Copie du règlement interne démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable, et copie de la résolution du conseil du demandeur mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée <b>OU</b> copie de la résolution du conseil du demandeur démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre et mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée	
<input type="checkbox"/> Plan de développement du transport collectif régional du demandeur	
<input type="checkbox"/> Plan d'action Municipalité amis des aînés (MADA) du demandeur, s'il y a lieu	
<input type="checkbox"/> Preuve démontrant que l'implantation du nouveau service faisant l'objet de la présente demande n'entre pas en concurrence avec un parcours interurbain par autobus déjà existant sur le territoire des municipalités ou MRC regroupées	
<input type="checkbox"/> Prévisions budgétaires pour l'année financière en cours	
<input type="checkbox"/> Tout autre document ou argument permettant d'analyser le projet déposé	

**L Déclaration du demandeur**

Par la présente, je confirme que je suis la personne autorisée par le demandeur pour présenter une demande d'aide financière en son nom dans le cadre du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés et que je suis dûment autorisée ou autorisé par le demandeur à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable (veuillez joindre une copie du règlement interne ou de la résolution qui en atteste, le cas échéant).

J'atteste que tous les renseignements fournis au ministère des Transports et de la Mobilité durable dans le présent formulaire sont complets et véridiques.

Je reconnais que le bénéficiaire doit fournir au ministère tous les renseignements que ce dernier pourrait demander conformément aux conditions précisées dans les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés, dont j'ai pris connaissance.

Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière de la part de la ministre, je reconnais que le bénéficiaire s'engage à respecter les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés.

Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière, je reconnais que le bénéficiaire de celle-ci est responsable de tout dommage causé par lui-même, ses employés, agents, représentants ou sous-traitants dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de son engagement ou de tout manquement à une obligation prise en vertu de cet engagement, et que le bénéficiaire s'engage ainsi à indemniser la ministre de toutes les réclamations, demandes et poursuites et de tous les recours pris en raison de dommages ainsi causés.

\_\_\_\_\_  
Nom du représentant en caractères d'imprimerie

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant

\_\_\_\_\_  
Date (aaaa-mm-jj)

**Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés**

**Direction des aides en transport collectif**

**Ministère des Transports et de la Mobilité durable**

**Courriel :** [transports-quebec.programmes@transports.gouv.qc.ca](mailto:transports-quebec.programmes@transports.gouv.qc.ca)