**FONDS RÉGIONS ET RURALITÉ (FRR)**

**signature innovation mycologique**

Formulaire de demande d’aide financière

**Programme de soutien aux projets innovants**

**du secteur mycologique du Kamouraska**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Les renseignements demandés sont obligatoires pour le traitement de la demande d’aide financière.  **Notez qu'il est important de lire attentivement le cadre de gestion du Programme de soutien aux projets innovants du secteur mycologique du Kamouraska pour connaître les critères d’admissibilité (pour le consulter,** [**cliquez ici**](https://www.mrckamouraska.com/documentation/Programme_de_soutien_aux_projets_mycologiques_2022.pdf)**).** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| date de la demande | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | |  | | | | | | | | | |
| SECTION 1 renseignements sur le demandeur | | | | | | | | | | | | | |
| renseignements généraux | | | | | | | | | | | | | |
| Nom de l’entreprise | | | |  | | | | | | | | | |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse | | | |  | | | | | | | | | |
| Municipalité | | | |  | | | | | | Code postal | | |  |
| Courriel | | | |  | | | | | | Téléphone | | |  |
| Nombre de salariés en équivalent temps complet (ETC) avant la réalisation du projet \* | | | | | | | | | |  | | | |
| *\* À noter qu’une personne-année = environ 220 jours à 7 heures par jour = 1 540 heures* | | | | | | | | | | | | | |
| Chiffre d’affaires le plus récent | | | |  | | | | | | | | | |
| renseignements sur le principal responsable de la demande | | | | | | | | | | | | | |
| *À noter que les organismes et les entreprises doivent fournir une résolution (un modèle est présenté à l’annexe 2). Les entreprises individuelles et les sociétés en nom collectif n’ont toutefois pas besoin de fournir une résolution.* | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du responsable | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse courriel | | | |  | | | | | | | | | |
| Téléphone | |  | | No. poste | |  | | | Cellulaire | |  | | |
| renseignements sur le responsable du projet | | | | | | | | | | | | | |
| *\*Remplir cette section seulement si le responsable du projet est différent du responsable de la demande.* | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du responsable | | | |  | | | | | | | | | |
| Fonction | | | |  | | | | | | | | | |
| Adresse courriel | | | |  | | | | | | | | | |
| Téléphone | | |  | No. poste | | | |  | Cellulaire | |  | | |
| SECTION 2 renseignements sur le projet | | | | | | | | | | | | | |
| Nom du projet | | | | | | |  | | | | | | |
| Montant demandé | | | | | | |  | | | | | | |
| Estimé du nombre d'emplois créés pendant la réalisation du projet en personnes-années \* | | | | | | |  | | | | | | |
| *\* À noter qu’une personne-année = environ 220 jours à 7 heures par jour = 1 540 heures* | | | | | | | | | | | | | |
| Estimé du nombre d’emplois consolidés pendant la réalisation du projet en personnes-années \* | | | | | | |  | | | | | | |
| *\* Un emploi consolidé est un emploi existant qui est consolidé par la réalisation du projet.* | | | | | | | | | | | | | |
| Estimé du nombre d’emplois maintenus au terme du projet en personne-années \* | | | | | | |  | | | | | | |
| *\* Un emploi maintenu est un emploi qui a été créé ou consolidé par la réalisation du projet et qui sera maintenu à la fin du projet.* | | | | | | | | | | | | | |
| Date de début prévue | | | | |  | | Date de fin prévue | | | | |  | |
| Le projet s’inscrit dans quelle(s) orientation(s) du programme ? (Cochez) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Devenir un modèle de mycodéveloppement à succès générant des retombées positives pour les communautés et les entreprises de la région; | | | | | | | | | | | | |
|  | Développer la culture mycologique au sein de la population ainsi que dans le réseau d’affaires; | | | | | | | | | | | | |
|  | Professionnaliser l’ensemble de la chaîne de valeur; | | | | | | | | | | | | |
|  | Augmenter le nombre et la qualité des produits, procédés et services mycologiques offerts sur le territoire; | | | | | | | | | | | | |
|  | Devenir une destination mycotouristique de choix; | | | | | | | | | | | | |
|  | Devenir un territoire d’accueil pour les entreprises en mycotechnologie et un territoire d’application de ces procédés; | | | | | | | | | | | | |
|  | Développer les marchés et s’y introduire de façon distinctive (local, régional, national, international). | | | | | | | | | | | | |
| Le projet est-il situé sur le territoire de la MRC de Kamouraska? Sinon, démontrez les retombées réelles pour le secteur mycologique du Kamouraska et ses entreprises. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Description du projet, incluant les objectifs et les résultats attendus. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| À quelle(s) problématique(s) ou à quel(s) défi(s) de l’entreprise le projet répond-il? | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Le projet est-il cohérent avec la mission de votre entreprise et vos objectifs de développement? | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Comment le projet contribue-t-il au développement du secteur mycologique du Kamouraska? | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Le projet présente-t-il des partenariats? Si oui, fournir des lettres d’appui des partenaires. | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Démontrez votre capacité à réaliser le projet et en assurer la pérennité (ex. : ressources humaines, expertise, plan d’affaires, ressources, etc.) | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| SECTION 3 dossier de projet | documents obligatoires à fournir | | | | |
| 1) | Formulaire de demande d’aide financière complété. | | | |
| 2) | Plan de travail, étape par étape, incluant l’échéancier. | | | |
| 3) | Budget de projet : revenus et dépenses **(voir modèle de budget en ligne)**. | | | |
| 4) | Copie des plans et devis, soumission des travaux à exécuter, photos, ou tout autre document jugé pertinent, s’il y a lieu. | | | |
| 5) | Lettre(s) d’appui de(s) partenaire(s), s’il y a lieu. | | | |
| 6) | Questionnaire de vérification diligente dûment rempli et signé **(annexe 1)** | | | |
| 7) | Résolution ou déclaration autorisant le principal responsable à déposer la demande d’aide financière et à signer les documents relatifs à cette demande **(annexe 2)** *– Les entreprises individuelles et les sociétés en nom collectif (S.E.N.C) n’ont pas à fournir de résolution ou de déclaration.* | | | |
| 8) | États financiers les plus récents | | | |
|  | | | | |
| **SECTION 4 déclaration du demandeur** | | | | |
| Je (nom complet) | | |  | , confirme que : |
| * J’ai l’autorisation de déposer la présente demande d’aide financière; * Les renseignements et documents fournis dans cette demande sont complets et véridiques; * Les règles et les modalités ont été consultées et prises en compte; * Je m'engage à fournir aux conseillers de la MRC toute l'information nécessaire à l'analyse du projet; * J’accepte que les renseignements et documents fournis dans cette demande soient utilisés aux fins d'analyse et d'évaluation au comité d’analyse; * Je comprends que la présente demande d'aide financière n'entraîne pas nécessairement son acceptation. | | | | |
| Signature Date | | | | |
|  | | | | |
| **Veuillez acheminer votre dossier de projet** | | | | |
| **A)** | | Par envoi électronique à [developpement@mrckamouraska.com](mailto:developpement@mrckamouraska.com) | | |
| **B)** | | Par la poste à la MRC de Kamouraska, Service de développement territorial, 235, rue Rochette, Saint-Pascal (Québec) G0L 3Y0 | | |

**La réception des dossiers se fait en tout temps**. Les renseignements transmis ne seront utilisés qu'aux seules fins de l'analyse de la demande et seront traités de façon confidentielle.

**ANNEXE 1**

**Questionnaire de vérification diligente**

Veuillez remplir et signer ce questionnaire et le remettre à la MRC accompagné des explications écrites et documents supplémentaires pour chaque réponse répondue par « Oui » et « S.O. » qui constatent ce ou ces faits.

De plus, notez que la MRC se réserve le droit de refuser le traitement de la demande d’aide financière advenant une réponse affirmative d’une ou plusieurs des questions suivantes.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1. Changements récents** | | |
| Est-ce qu’il y a eu un changement défavorable significatif au niveau de la situation financière depuis la date des derniers états financiers (audités, mission d’examen, avis au lecteur ou intérimaires)? | Oui  Non | S.O. |
| Est-ce que les derniers états financiers (audités, mission d’examen, avis au lecteur ou intérimaires) comportent une erreur ou omission qui ne reflètent pas fidèlement, à la date de leur confection, la situation financière du Bénéficiaire? | Oui  Non | S.O. |
| Est-ce que le Bénéficiaire est en défaut en vertu des contrats auxquels il est parti ou de la législation et de la réglementation applicables à l'exploitation de son entreprise ou à ses biens, incluant, sans limitation, toutes exigences environnementales? | Oui  Non |  |
| Est-ce que le Bénéficiaire a omis de payer toute taxe, cotisation, prélèvement, impôt ou autre redevance dont le paiement est garanti par priorité ou hypothèque légale? | Oui  Non | S.O. |
| **2. Responsabilités d’administrateurs** | | |
| Au cours des trois dernières années, le Bénéficiaire a-t-il omis de verser ponctuellement toute somme due aux autorités fiscales à titre de prélèvements à la source sur les salaires (DAS – y compris la part de l’employeur), de taxes (TPS, TVQ)? | Oui  Non | S.O. |
| Au cours des trois dernières années, le Bénéficiaire a-t-il omis de satisfaire ses autres responsabilités d’administrateur? | Oui  Non | S.O. |
| **3. Cotisation** | | |
| Est-ce que le Bénéficiaire a un motif de croire qu’une autorité fiscale pourrait le cotiser? | Oui  Non |  |
| **4. Propriété intellectuelle** | | |
| À votre connaissance, le Bénéficiaire enfreint-il la propriété intellectuelle d’une autre personne? | Oui  Non |  |
| À votre connaissance, un tiers contrevient-il à la propriété intellectuelle du Bénéficiaire? | Oui  Non |  |
| Est-ce que les employés du Bénéficiaire peuvent conserver leurs droits à la propriété intellectuelle développée dans le cadre de leurs fonctions? | Oui  Non | S.O. |
| **5. Litiges** | | |
| Est-ce que le Bénéficiaire est impliqué dans un litige ou procédure judiciaire susceptible d'affecter de façon significative sa situation financière ou ses affaires? | Oui  Non |  |
| Le Bénéficiaire a-t-il reçu une mise en demeure au cours des deux dernières années? | Oui  Non | S.O. |
| Est-ce que le Bénéficiaire est partie à une procédure civile, administrative ou pénale au Québec ou hors Québec? | Oui  Non |  |
| Durant la dernière année, est-ce que le Bénéficiaire a été menacé verbalement d’une poursuite? | Oui  Non |  |

Je soussigné, , en ma qualité de dirigeant du Bénéficiaire, déclare avoir lu, examiné et rempli personnellement le présent questionnaire. J’atteste au meilleur de ma connaissance, après vérification diligente, que les réponses à ce questionnaire sont complètes et véridiques.

Signature du Bénéficiaire Date

**ANNEXE 2**

**Modèle de résolution**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| EXTRAIT conforme du procès-verbal de la réunion du conseil d’administration de (nom de l’organisation)      , tenue (endroit)      , le (date)       à laquelle sont présents : | | | |
| Présence(s) | |  |  |
| nom | |  | titre du siège |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Absence(s) | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
|  | |  |  |
| Demande d’aide financière à la MRC de Kamouraska | | | |
| **ATTENDU QUE** | la MRC de Kamouraska dispose de programmes d’aide financière; | | |
| **ATTENDU QUE** | (nom de l’organisation)       souhaite obtenir un appui financier pour le projet (nom du projet)      ; | | |
| EN CONSÉQUENCE,  Sur proposition faite par (nom d’un administrateur)  il est résolu  QUE (nom de la direction générale ou d’un administrateur)       soit autorisé(e) à présenter la demande d’aide financière et à signer la convention d’aide financière à intervenir avec la MRC de Kamouraska et tout document utile ou nécessaire pour donner effet à la présente résolution.  Copie certifiée conforme  (Signature)  À (endroit)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, le (date)\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |