

Moisson Rive-Sud

1356, rue Volta, Boucherville (Québec) J4B 6G6
Téléphone : 450 641-1895 Télécopieur : 450 641-8892
administration@moissonrivesud.org
www.moissonrivesud.org

Critères :

- Être un organisme à but non lucratif
- Offrir des services aux personnes vulnérables
- Respecter la réglementation de Moisson Rive-Sud
- Desservir un territoire à l'intérieur des 9 MRC de la Montérégie que dessert Moisson Rive-Sud
- Ne pas être affilié à une autre banque alimentaire membre de « Les Banques alimentaires du Québec »
- Être constitué selon la loi des compagnies du Québec Partie III

Les organismes de Moisson Rive-Sud seront sélectionnés selon l'ordre de priorités suivantes :

- A. Les organismes dont l'objectif est de développer l'autonomie des individus
- B. Dont le projet de dépannage alimentaire est un complémentaire à d'autres services d'éducation
- C. Qui aident ceux qui ne sont pas en mesure de devenir autonomes (personnes âgées, malades, enfants handicapés sévères, etc.)
- D. Ayant un programme d'éducation alimentaire tel les cuisines collectives qui, non seulement permettent aux familles de bien se nourrir à un coût modéré, mais qui, par le travail d'équipe, la planification de menus et la planification budgétaire favorisent le développement de la personne et l'utilisation optimale de ses capacités
- E. Qui font une analyse complète de la situation des membres, proposent des solutions concrètes et assurent un suivi
- F. Travaillant en étroite collaboration avec les ressources du milieu afin d'aider les gens à répondre à leurs véritables besoins
- G. Qui ont pour priorité la participation active des membres dans leurs activités

Moisson Rive-Sud

1356, rue Volta, Boucherville (Québec) J4B 6G6
Téléphone : 450 641-1895 Télécopieur : 450 641-8892
administration@moissonrivesud.org
www.moissonrivesud.org

DEMANDE D'ACCRÉDITATION DE L'ORGANISME & D'ACCEPTATION DES SERVICES

DATE DE LA DEMANDE : _____

VEUILLEZ RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS SVP

1. IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Quartier : _____

Téléphone : _____ Télécopieur : _____

Courriel : _____

Site Internet : _____

Quelle est la date de création de l'organisme? _____

Avez-vous une charte ou lettre patente? Oui Non

Quel est votre numéro d'enregistrement à Revenu Canada ou NEQ? _____

Responsable :

Principal responsable : _____ Titre : _____

Autre responsable : _____ Titre : _____

2. CONSEIL D'ADMINISTRATION

Nombre de personnes : _____

Nombre de réunions annuellement : _____

Votre livre de minutes est-il disponible et accessible à tous vos membres? _____

À quelle date tenez-vous votre assemblée générale : _____

Nom du président : _____

Nom du vice-président : _____

3. RESSOURCES HUMAINES

Combien d'employés permanents à temps complet (35 heures et plus/semaine), et rémunérés par l'organisme, votre organisme compte-t-il? _____

Combien d'employés à temps complet (35 heures et plus/semaine), et bénéficiant de programmes gouvernementaux, votre organisme compte-t-il? _____

Combien d'employés permanents à temps partiel (moins de 35 heures/semaine), et rémunérés par l'organisme, votre organisme compte-t-il? _____

Combien d'employés à temps partiel (moins de 35 heures/semaine), et bénéficiant de programmes gouvernementaux, votre organisme compte-t-il? _____

Combien de participants à des programmes gouvernementaux d'insertion au travail votre organisme compte-t-il? _____

Combien de bénévoles réguliers votre organisme compte-t-il? _____

Combien de bénévoles occasionnels votre organisme compte-t-il? _____

4. TERRITOIRE

Quel est le territoire couvert par votre organisme? _____

Nom de votre MRC? _____

Quelles sont les limites du territoire desservi par votre organisme ?

5. IDENTIFICATION DES MEMBRES

Procédez-vous à l'identification de vos membres? Oui Non

Veuillez préciser votre système d'identification : _____

Demandez-vous une preuve d'adresse à vos membres? Oui Non

De quelle façon? _____

Vérifiez-vous le statut de vos membres? Oui Non

De quelle façon? _____

Vérifiez-vous la condition sociale de vos membres? Oui Non

De quelle façon? _____

Tenez-vous un registre de vos membres? Oui Non

(Le mot *registre* englobe toute forme de document dans lequel vous inscrivez les noms et coordonnées de vos participants : cahier, fichiers, etc).

Si non pourquoi? _____

Comment, procédez-vous pour accepter les nouveaux membres qui peuvent fréquenter l'organisme?

6. HEURES D'OUVERTURE ET CONGÉS DE VOTRE ORGANISME

Journées et heures d'ouvertures

Jours	Ouvert		Fermé	Service
	De	À		
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				

Fermez-vous vos portes à certains moments de l'année? Veuillez préciser.

Été : Oui Non Combien de jours (ou de semaines) : _____

Entre le _____ et le _____

Périodes des fêtes : Oui Non Combien de jours (ou de semaines) : _____

Entre le _____ et le _____

Autres périodes : Oui Non

Laquelle (ou lesquelles):

a) _____

Combien de jours (ou de semaines) : _____

Entre le _____ et le _____

b) _____

Combien de jours (ou de semaines) : _____

Entre le _____ et e _____

Avez-vous une politique d'ouverture en cas d'urgence en dehors des heures régulières d'ouverture? Oui Non

Si oui, veuillez préciser _____

7. Services offerts-Catégories d'organisme

Objectif principal : _____

Catégorie de services		Coût		Contribution		Coût
		Non	Oui	Volontaire	Obligatoire	
Camp de jour	<input type="radio"/>					
Centre de plein air	<input type="radio"/>					
Centre d'animation communautaire	<input type="radio"/>					
Centre d'hébergement	<input type="radio"/>					
Centre de dépannage	<input type="radio"/>					
Centre de distribution	<input type="radio"/>					
Centre de jour multiservices	<input type="radio"/>					
Comptoir alimentaire	<input type="radio"/>					
Cuisine collective	<input type="radio"/>					
Déjeuners et dîners scolaires	<input type="radio"/>					
Dépannage alimentaire	<input type="radio"/>					
Service relié à l'école	<input type="radio"/>					
Entreprise de réinsertion	<input type="radio"/>					
Garderie communautaire	<input type="radio"/>					
Groupe d'achats	<input type="radio"/>					
Groupe de Scouts ou Cadets	<input type="radio"/>					
Magasin de partage	<input type="radio"/>					
Maison des jeunes	<input type="radio"/>					
Paniers de Noël	<input type="radio"/>					
Paniers d'épicerie	<input type="radio"/>					
Popote itinérante	<input type="radio"/>					
Popote roulante	<input type="radio"/>					
Restaurant populaire	<input type="radio"/>					
Repas communautaire	<input type="radio"/>					
Épicerie économique	<input type="radio"/>					
Autres	<input type="radio"/>					

Si vous indiquez *Autres services*, veuillez en spécifier la nature :

Votre organisme est-il propriétaire? Nom du propriétaire : _____
 Locataire?

Formulaire d'accréditation

En plus de l'aide alimentaire, quelles activités complémentaires votre organisme offre-t-il?

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Aucune | <input type="radio"/> Friperie ou magasin d'articles usagers |
| <input type="radio"/> Aide à la préparation des rapports d'impôt | <input type="radio"/> Alphabétisation |
| <input type="radio"/> Aide au budget et à la consommation | <input type="radio"/> Don d'articles divers |
| <input type="radio"/> Aide aux devoirs | <input type="radio"/> Formation et/ou cours |
| <input type="radio"/> Groupe d'entraide | <input type="radio"/> Service de transport |
| <input type="radio"/> Maintien à domicile | <input type="radio"/> Services en psychologie |
| <input type="radio"/> Réinsertion sociale | <input type="radio"/> Support moral |
| <input type="radio"/> Autres (précisez) : _____ | |
-

8. CLIENTÈLE DESSERVIE

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> Adolescents et jeunes adultes | <input type="radio"/> Itinérants |
| <input type="radio"/> Toxicomanes | <input type="radio"/> Clientèle spécifique |
| <input type="radio"/> Personnes défavorisées | <input type="radio"/> Personnes âgées |
| <input type="radio"/> Enfants | <input type="radio"/> Famille défavorisée |
| <input type="radio"/> Femmes en difficulté | <input type="radio"/> Organismes |
| <input type="radio"/> Nouveaux arrivants réfugiés immigrants | |
| <input type="radio"/> Personnes ayant problèmes psychologiques | |
| <input type="radio"/> Autre, précisez : _____ | |
-

Combien de famille différente chaque mois? _____

Combien d'enfants par mois? _____

D'où proviennent les gens que vous desservez? _____

Si vous avez un comptoir alimentaire, peut-on référer à votre organisme les personnes résidant dans le territoire que vous couvrez? _____

Nombre : congélateurs _____ réfrigérateurs _____

Dimension de l'espace de rangement : _____

Disposez-vous d'un véhicule pour la cueillette des denrées? _____ Précisez : _____

Avez-vous d'autres fournisseurs que Moisson Rive-Sud? _____ Si oui, lesquels? _____

9. SERVICES ALIMENTAIRES

Cochez plus d'un service, s'il y a lieu

	Nombre de personnes/mois	
<input type="radio"/> Déjeuner	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Dîner	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Souper	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Collation	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Atelier de cuisine	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Préparation de repas en groupes	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Sacs de provision	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Groupe d'achats	_____	De ___ h ___ à ___ h ___
<input type="radio"/> Autre, précisez :	_____	_____

(Lors de votre acceptation vous devez fournir à Moisson Rive-Sud la liste de vos bénéficiaires incluant adresse et numéro de téléphone.)

10. Si votre catégorie d'organisme se classe : MAISON D'HÉBERGEMENT

Veuillez compléter la section suivante

Coût mensuel afin d'avoir accès à vos services? _____

Qui sont les organismes qui vous réfèrent? Énumérez : _____

Durée de la thérapie? _____

Clientèle cible et source de revenu de votre clientèle? _____

11. Avez-vous développé des mesures alternatives au dépannage alimentaire?

Énumérez vos mesures : _____

Travaillez-vous en concertation avec les organismes de votre milieu?

Non Pourquoi? _____

Oui Lesquels : _____

12. ASPECTS FINANCIERS DE L'ORGANISME

Selon vos prévisions budgétaires pour l'année courante, quels seront vos revenus?

Selon vos prévisions budgétaires pour l'année courante, quel serait le montant de vos dépenses?

Annuellement, quel est le montant alloué pour l'achat de nourriture?

FINANCEMENT

Quelles sources de financement prévoyez-vous obtenir directement ou indirectement en vous basant sur l'an passé

Sources de financement	Montant	% du budget
Centraide		
Gouvernement provincial		
Gouvernement fédéral		
Communautés religieuses		
Fondations		
Dons privés		
Dons d'entreprises		
Cotisations des membres		
Pensions des membres		
Levées de fonds		
Revenus d'activités		
Autofinancement		
Autres : précisez		

Si vous indiquez *Autres*, veuillez en spécifier la nature ci-après : _____

13. DOCUMENTS À FOURNIR

Veuillez produire une copie des documents suivants :

- Copie des lettres patentes constitutives de l'organisme
- Résolution du conseil d'administration adoptant la demande de service et d'accréditation auprès de Moisson Rive-Sud
- Résolution du conseil d'administration nommant les personnes responsables
- Document d'attribution du numéro d'organisme de charité auprès de Revenu Canada
- Budget de l'organisme
- Dernier bilan financier vérifié ou examiné par un comptable
- Rapport d'activités de l'organisme
- Documentation décrivant les activités de l'organisme
- Liste des membres du conseil d'administration et leurs coordonnées
- Règlements généraux

