

## DEMANDE D'ACCREDITATION

1. COORDONNÉES DE L'ORGANISME				
<p><b>NOM DE L'ORGANISME :</b> _____</p> <p><b>ADRESSE DE CORRESPONDANCE</b></p> <p>RUE : _____ INTERSECTION: _____</p> <p>VILLE : _____ CODE POSTAL : _____ QUARTIER : _____</p> <p>TERRITOIRE COUVERT PAR L'ORGANISME : _____</p> <p>TÉLÉPHONE : 514 - _____ TÉLÉCOPIEUR : 514 - _____</p> <p>COURRIEL : _____</p> <p>SITE INTERNET : _____</p> <p>AUTOBUS : _____</p> <p><b>NOMS DES RESPONSABLES :</b></p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">           _____            DIRECTEUR(TRICE) GÉNÉRAL(E)         </td> <td style="width: 50%; border: none;">           _____            PRÉSIDENT(E) DU CONSEIL D'ADMINISTRATION         </td> </tr> <tr> <td style="border: none;">           _____            RESPONSABLE DU SERVICE ALIMENTAIRE         </td> <td style="border: none;">           _____            AUTRE PERSONNE RESPONSABLE         </td> </tr> </table> <p>NUMÉRO DE CHARTE DE L'ORGANISME (NEQ) : _____</p> <p>NUMÉRO D'ENTREPRISE AUPRÈS DE REVENU CANADA : _____</p> <p>ANNÉE DE FONDATION DE L'ORGANISME : _____</p>	_____ DIRECTEUR(TRICE) GÉNÉRAL(E)	_____ PRÉSIDENT(E) DU CONSEIL D'ADMINISTRATION	_____ RESPONSABLE DU SERVICE ALIMENTAIRE	_____ AUTRE PERSONNE RESPONSABLE
_____ DIRECTEUR(TRICE) GÉNÉRAL(E)	_____ PRÉSIDENT(E) DU CONSEIL D'ADMINISTRATION			
_____ RESPONSABLE DU SERVICE ALIMENTAIRE	_____ AUTRE PERSONNE RESPONSABLE			

2. SERVICES OFFERTS
<p>MISSION DE L'ORGANISME :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>OBJECTIFS PRINCIPAUX :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>

**3. CATÉGORIES D'ORGANISME**

Quel type d'organisme êtes-vous, selon l'objectif ou l'activité principale (cochez UNE SEULE catégorie)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Centre de plein air, camp de jour | <input type="checkbox"/> Comptoir alimentaire         | <input type="checkbox"/> Épicerie communautaire     |
| <input type="checkbox"/> Centre d'animation communautaire  | <input type="checkbox"/> Cuisine collective           | <input type="checkbox"/> Popote itinérante          |
| <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement              | <input type="checkbox"/> École                        | <input type="checkbox"/> Popote roulante            |
| <input type="checkbox"/> Centre de dépannage/distribution  | <input type="checkbox"/> Déjeuner et dîners scolaires | <input type="checkbox"/> Restaurant populaire       |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour multiservices      | <input type="checkbox"/> Maison de jeunes             | <input type="checkbox"/> Repas communautaires et/ou |
| <input type="checkbox"/> Corporation religieuse            | <input type="checkbox"/> Groupe d'achat               | <input type="checkbox"/> Soupe populaire            |

Autres : \_\_\_\_\_

Votre organisme est-il affilié à un ministère religieux : \_\_\_\_\_

Votre organisme est-il ?  Propriétaire de l'immeuble  Locataire  Autre :

**4. TYPE DE SERVICE**

**NOMBRES DE PERSONNES AIDÉES PAR MOIS**

Éducation nutritionnelle: nutritionniste, cours, conférences, etc.	
Aide économique: recherche d'emploi, budget, etc.	
Soutien matériel : dons de vêtements, dons d'autres articles	
Soutien moral : psychologue, travailleur social, écoute structurée	
Aide technique : logement, avocat, etc.	
Santé : médecin, infirmière, etc.	
Services de transport	
Soutien spirituel : prêtre, pasteur	
Autres services (précisez)	
Autres	

**5. CLIENTÈLE DESSERVIE**

De qui est majoritairement composée votre clientèle ? (cochez une seule catégorie.)

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

Moisson Montréal peut-il référer des gens à votre organisme? : \_\_\_\_\_

**6. HORAIRE DE TRAVAIL**

**Quels sont les heures d'ouverture générales de l'organisme ?**

- |                                   |                              |                                   |                              |
|-----------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Lundi    | de ____ h ____ à ____ h ____ | <input type="checkbox"/> Samedi   | de ____ h ____ à ____ h ____ |
| <input type="checkbox"/> Mardi    | de ____ h ____ à ____ h ____ | <input type="checkbox"/> Dimanche | de ____ h ____ à ____ h ____ |
| <input type="checkbox"/> Mercredi | de ____ h ____ à ____ h ____ |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Jeudi    | de ____ h ____ à ____ h ____ |                                   |                              |
| <input type="checkbox"/> Vendredi | de ____ h ____ à ____ h ____ |                                   |                              |

Fermeture lors des vacances annuelles :  Oui  Non

Si oui, précisez : \_\_\_\_\_

Si oui, y-a-t-il un autre organisme qui répond à la demande de votre clientèle ? \_\_\_\_\_

**7. RESSOURCES HUMAINES**

**Indiquez le nombre de personnes oeuvrant au sein de votre organisme**

- |   |       |
|---|-------|
| Employés permanents                           | _____ |
| Employés à temps partiel                      | _____ |
| Participants à des programmes gouvernementaux | _____ |
| Programme de fonds de lutte à la pauvreté     | _____ |
| Bénévoles                                     | _____ |

**8. PROGRAMMES DE PROVISIONS**

Votre organisme offre-t-il du soutien alimentaire sous forme de provisions en ce moment ? \_\_\_\_\_

Quels types de services alimentaires offrez-vous en ce moment ou souhaitez-vous offrir ?

- Distribution alimentaire
- Épicerie communautaire
- Dépannage d'urgence
- Livraison de colis à domicile
- Groupe d'achats
- Magasin-Partage, lequel? \_\_\_\_\_

Autres : \_\_\_\_\_

Combien de familles différentes aidez-vous en moyenne durant un mois ? \_\_\_\_\_

Combien de personne différentes y-a-t-il dans tous les ménages que vous aidez?

Nombre d'adultes : \_\_\_\_\_ Nombre d'enfants : \_\_\_\_\_

Votre clientèle doit-elle payer pour le(s) service(s) alimentaire(s), si oui combien ? \_\_\_\_\_

Quel(s) jour(s) offrez-vous ces(s) service(s) ? \_\_\_\_\_

**9. CENTRE D'HÉBERGEMENT**

Nombre de personnes servies par mois : \_\_\_\_\_ Maximum de places (lits) disponibles : \_\_\_\_\_  
 Coût de l'hébergement par personne par semaine : \_\_\_\_\_ Durée moyenne du séjour : \_\_\_\_\_  
 Combien de repas ou portions servez-vous en moyenne durant un mois? : \_\_\_\_\_  
 Nombre de petits déjeuners : \_\_\_\_\_ Dîners : \_\_\_\_\_ Soupers : \_\_\_\_\_ Collations : \_\_\_\_\_

**10. PROGRAMME DE REPAS**

Votre organisme offre-t-il un service de repas en ce moment ? \_\_\_\_\_  
 Quels types de services de repas offrez-vous en ce moment ou souhaitez-vous offrir ?  
 Repas en centre d'hébergement  
 Repas/collations pour vos bénévoles  
 Soupe populaire  
 Popote roulante  
 Repas/collations maison de jeunes  
 Cuisines collectives  
 Repas communautaires  
 Autre : \_\_\_\_\_  
 Combien de repas ou portions servez-vous en moyenne par mois ? \_\_\_\_\_  
 Nbre de petits déjeuners : \_\_\_\_\_ Nbre dîners : \_\_\_\_\_ Nbre soupers : \_\_\_\_\_ Nbre collations : \_\_\_\_\_  
 Combien de personnes différentes bénéficient en moyenne de ces repas durant le mois ? \_\_\_\_\_  
 Combien vos usagers doivent-ils payer pour un repas complet ? : \_\_\_\_\_

### 11. VÉHICULES ET ÉQUIPEMENTS

Quel type de véhicule possédez-vous pour effectuer la cueillette d'aliments à Moisson Montréal ?

- Voiture     Camionnette familiale     Econoline     Cube     Camion réfrigéré  
 Glacière    Autre : \_\_\_\_\_

Quel(s) équipement(s) votre organisme possède-t-il (si oui, combien)?

Local d'entreposage : \_\_\_\_\_

Espace pour trier les denrées : \_\_\_\_\_

Chambre froide : \_\_\_\_\_

Congélateur tombeau : \_\_\_\_\_

Réfrigérateur domestique : \_\_\_\_\_

Réfrigérateur industriel : \_\_\_\_\_

Cuisine industrielle : \_\_\_\_\_

Vos équipements de cuisine vous permettent-ils d'effectuer les opérations suivantes ?

- Distribuer rapidement de grandes quantités (minimum 1 palette) de fruits ou légumes  
 Préparer des mets à partir de grandes quantités de fruits ou légumes mûrs (ex. : confitures, soupe, purées, etc.)  
 Congeler de grands volumes de mets transformés  
 Débiter un quartier entier de viande (boucherie)

**12. CRITÈRES ET SERVICES**

Quels sont les critères d'admissibilité sur lesquels s'appuie votre organisme pour accorder du soutien alimentaire?

Références (CLSC ou autre)  Pièces d'identités  Carte aide sociale  Factures

Autres : \_\_\_\_\_

Les employés et bénévoles ont-ils accès au service de soutien alimentaire ?

A)  OUI  NON

B) Ce service est-il offert à tous vos travailleurs ?  OUI  NON

C) Si vous avez répondu non, précisez sur quels critères vous basez-vous pour leur offrir du soutien (ex. : leur situation économique, les heures travaillées, etc.)? \_\_\_\_\_

Quel type de suivi, après avoir fait du dépannage alimentaire, votre organisme offre-t-il aux bénéficiaires ?

Entretien avec professionnel  \_\_\_\_\_

Référence du centre d'emploi  \_\_\_\_\_

Aide alimentaire  \_\_\_\_\_

Cours budget  \_\_\_\_\_

Autres: \_\_\_\_\_

Votre organisme possède-t-il une liste d'utilisateurs de l'aide alimentaire?

A)  OUI  NON Préciser : \_\_\_\_\_

B) Cette liste est-elle informatisée ?  OUI  NON

C) L'organisme effectue-t-il une vérification des utilisateurs des services alimentaires pour savoir si ceux-ci vont chercher du soutien dans d'autres organismes du quartier ?

OUI  NON

Précisez la procédure : \_\_\_\_\_

Comment se déroule le service d'aide alimentaire de l'organisme ? \_\_\_\_\_

**13. CONCERTATION EN SÉCURITÉ ALIMENTAIRE**

**Votre organisme est-il impliqué au niveau des :**

Tables de concertation, précisez : \_\_\_\_\_

Comités en sécurité alimentaire, précisez : \_\_\_\_\_

Regroupements intersectoriel d'organismes (ex : santé mentale, enfance-famille, itinérance, etc.)

précisez : \_\_\_\_\_

**14. AUTRES**

Quels sont les projets liés à l'alimentation que votre organisme pourrait développer à court ou moyen terme?

---

---

**IL EST IMPORTANT DE RÉPONDRE À TOUTES LES QUESTIONS. L'OMISSION D'UN DOCUMENT OU D'UNE RÉPONSE PEUT OCCASIONNER DES DÉLAIS LORS DU TRAITEMENT DE LA DEMANDE.**

\_\_\_\_\_  
Nom (en lettres moulées)

\_\_\_\_\_  
Titre

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
Jour Mois Année

**DOCUMENTS À JOINDRE (OBLIGATOIRE)**

- COPIE DE VOS LETTRES PATENTES
- COPIE ATTESTANT DE VOTRE NUMÉRO D'ENREGISTREMENT AUPRÈS DE REVENU CANADA
- LISTE DES MEMBRES DU C.A., LEURS COORDONNÉES ET PROFESSION
- RÉSOLUTION DU C.A. PROPOSANT L'ACCREDITATION DE VOTRE ORGANISME
- STATUTS ET RÈGLEMENTS GÉNÉRAUX DE L'ORGANISME
- RAPPORT D'ACTIVITÉS LE PLUS RÉCENT
- ÉTATS FINANCIERS LES PLUS RÉCENTS AVEC VENTILATION DES SOURCES DE REVENU
- LETTRE D'APPUI D'UNE INSTANCE PUBLIQUE RECONNUE

**UNE FOIS LE FORMULAIRE REMPLI, VEUILLEZ LE REMETTRE AU RESPONSABLE DU DOSSIER :**

Nom : **Alexandra Dupré**

Titre : Coordonnatrice aux relations communautaires

Par courriel : [adupre@moissonmontreal.org](mailto:adupre@moissonmontreal.org)

Ou par télécopieur : 514-344-1833

Ou par la poste : Moisson Montréal, 6880, chemin de la Côte-de-Liesse, Montréal (Québec) H4T 2A1