

1. COORDONNÉES DE L'ORGANISME

Nom de l'organisme : _____

Adresse postale : _____

Ville : _____ Code postal : _____ Quartier : _____

Quartier(s)/arrondissement(s) couvert par l'organisme : _____

Téléphone : _____

Courriel : _____

Site internet : _____

Numéro de charte de l'organisme (NEQ) : _____

Forme juridique (personne morale, etc.) : _____

Année de fondation de l'organisme : _____

Statut d'organisme de bienfaisance (OBE)
si oui, précisez le # d'enregistrement : _____

Coordonnées des personnes responsables :

Directeur(trice) général(e)

Courriel

Responsable du service alimentaire

Courriel

Si autre personne contact

Courriel

2. MISSION & DESCRIPTION

Mission de l'organisme : _____

Description des activités de l'organisme : _____

3. TYPES DE SERVICES OFFERTS

	Nombre de personnes aidées par mois
<input type="checkbox"/> Éducation nutritionnelle : nutritionniste, cours, conférences, etc.	
<input type="checkbox"/> Aide économique : recherche d'emploi, budget, etc.	
<input type="checkbox"/> Soutien matériel : dons de vêtements, dons d'autres articles	
<input type="checkbox"/> Soutien moral : psychologue, travailleur social, écoute structurée	
<input type="checkbox"/> Aide technique et défense des droits : logement, avocat, etc.	
<input type="checkbox"/> Santé : médecin, infirmière, etc.	
<input type="checkbox"/> Services de transport	
<input type="checkbox"/> Soutien spirituel : prêtre, pasteur etc.	
<input type="checkbox"/> Soutien alimentaire :	
<input type="checkbox"/> Autres services (précisez) :	
<input type="checkbox"/> Autres services (précisez) :	

4. CATÉGORIES D'ORGANISME

Si votre mission principale de votre organisme concerne la sécurité alimentaire, merci de préciser :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Comptoir alimentaire / Épicerie communautaire | <input type="checkbox"/> Cuisine collective |
| <input type="checkbox"/> Popote roulante / itinérante | <input type="checkbox"/> Repas communautaires |

Commentaires : _____

Si votre mission principale est autre que la sécurité alimentaire, merci de préciser :

- | | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Centre d'hébergement (longue durée) | <input type="checkbox"/> Refuge (hébergement d'urgence/courte durée) | <input type="checkbox"/> Centre de pédiatrie / Service pour les femmes enceintes |
| <input type="checkbox"/> Centre toxicomanie / Dépendances | <input type="checkbox"/> Accueil, intégration des nouveaux arrivants | <input type="checkbox"/> Organisme qui vient en aide aux gens avec une maladie |
| <input type="checkbox"/> Centre de jour multiservices | <input type="checkbox"/> Maison de jeunes | <input type="checkbox"/> Institution religieuse |
| <input type="checkbox"/> Centre communautaire | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Votre organisme est-il affilié à une institution religieuse, si oui laquelle ? _____

Commentaires : _____

5. CLIENTÈLE DESSERVIE

Quelle est votre clientèle PRINCIPALE ? (Cochez UNE SEULE catégorie) :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Femmes | <input type="checkbox"/> Itinérants |
| <input type="checkbox"/> Enfants (0-5 ans) | <input type="checkbox"/> Nouveaux arrivants, réfugiés, immigrants |
| <input type="checkbox"/> Jeunes (6-17 ans) | <input type="checkbox"/> Autochtones |
| <input type="checkbox"/> Jeunes adultes (18-35 ans) | <input type="checkbox"/> Personnes âgées (65+) |

Autre clientèle spécifique : _____

Quelle est votre clientèle secondaire : _____

Commentaires / précisions : _____

6. CRITÈRES DU SERVICE D'AIDE ALIMENTAIRE

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

- Références (CLSC ou autre) Pièce d'identité Preuve de revenu
 Preuve de résidence Déclaration du bénéficiaire Aucune qualification
 Formulaire internet - si oui : faites-vous une vérification téléphonique ou autre : Oui Non
 Autre : _____

Faites-vous une requalification de vos bénéficiaires dans le temps et à quelle fréquence ?

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

- A) Oui Non Employés seulement Bénévoles seulement
B) Sur quels critères vous basez-vous pour leur offrir du soutien (ex. : situation économique, heures travaillées, etc.) ?
- _____

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

- A) Oui Non
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
Si oui, comment : _____
- _____



7. PROGRAMMES DE DÉPANNAGE ALIMENTAIRE

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

- Distribution alimentaire* Dépannage d'urgence
 Épicerie communautaire Groupe d'achats
 Magasin-Partage, lequel ? _____
 Autres : _____

***Concernant la distribution alimentaire, sous quelle forme offrez-vous le dépannage alimentaire ?**

- Paniers Sur tables Bon d'achat Libre-Service Livraison de colis à domicile

Combien foyers/paniers par dépannage : _____

Combien de personnes différentes y a-t-il dans tous les foyers que vous aidez ?

Nombre d'enfants : _____ Nombre d'adultes : _____

Combien vos bénéficiaires doivent-ils payer par dépannage ? _____

Fréquence du dépannage (semaine, mois ...) : _____

Quel(s) jour(s) et plages horaires offrez-vous ces(s) service(s) ? _____

Si le lieu du dépannage alimentaire est différent de celui de l'adresse postale, précisez :

Adresse : _____

Arrondissement : _____ Code postal : _____

- **Si votre organisme n'offre pas encore du dépannage alimentaire mais souhaite le faire grâce aux denrées de Moisson Montréal, merci de préciser :**

Combien foyers/paniers estimés par dépannage : _____

Fréquence du dépannage (semaine, mois ...) : _____

Commentaires : _____



8. PROGRAMME DE REPAS

Quels types de services de repas offrez-vous en ce moment ?

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Repas en centre d'hébergement | <input type="checkbox"/> Cuisines collectives |
| <input type="checkbox"/> Repas/collations pour vos bénévoles | <input type="checkbox"/> Repas communautaires |
| <input type="checkbox"/> Soupe populaire | <input type="checkbox"/> Repas/collations maison de jeunes |
| <input type="checkbox"/> Popote roulante/itinérante | |
| <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Combien de repas ou portions servez-vous en moyenne par semaine ?

Repas (incluant déjeuners, diners, soupers) : _____ Collations : _____

Combien de personnes différentes bénéficient en moyenne de ces repas durant une semaine ? _____

Fréquence des repas : _____

Combien vos bénéficiaires doivent-ils payer pour :

A) un repas complet : _____

B) une collation : _____

Si le lieu où est servi le programme de repas est différent de l'adresse postale, précisez :

Adresse : _____

Arrondissement : _____ Code postal : _____

- **Si votre organisme n'offre pas encore de programme de repas mais souhaite le faire grâce aux denrées de Moisson Montréal, merci de préciser :**

Nombre de repas estimés : _____

Fréquence des repas : _____

Commentaires : _____

9. CENTRE D'HÉBERGEMENT

Nombre de personnes hébergées par semaine : _____

Vos bénéficiaires doivent-ils payer pour l'hébergement ? Oui Non

Durée moyenne du séjour : _____

Si le lieu de l'hébergement est différent de l'adresse postale, précisez :

Adresse : _____

Arrondissement : _____ Code postal : _____

10. RESSOURCES HUMAINES

Personnes œuvrant au sein de votre organisme :	Nombre de personnes
Employés permanents	_____
Employés à temps partiel	_____
Participants à des programmes gouvernementaux	_____
Programme de fonds de lutte à la pauvreté	_____
Bénévoles	_____

11. HORAIRE DE TRAVAIL

Quelles sont les heures d'ouverture générales de l'organisme ?

Lundi de _____ à _____ Vendredi de _____ à _____
 Mardi de _____ à _____ Samedi de _____ à _____
 Mercredi de _____ à _____ Dimanche de _____ à _____
 Jeudi de _____ à _____

Si votre organisme est fermé lors des vacances annuelles, précisez quand : _____

Si oui, y a-t-il un autre organisme qui répond à la demande de vos bénéficiaires ?

12. VÉHICULES ET ÉQUIPEMENTS

Comment allez-vous effectuer la cueillette de denrées à Moisson Montréal ?

- Voiture Camionnette familiale Econoline Cube
 Camion réfrigéré Location véhicule Partenariat avec un autre organisme
 Autre : _____

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

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Local d'entreposage _____ | <input type="checkbox"/> Cuisine domestique _____ |
| <input type="checkbox"/> Espace pour trier les denrées _____ | <input type="checkbox"/> Cuisine industrielle _____ |
| <input type="checkbox"/> Chambre froide _____ | <input type="checkbox"/> Réfrigérateur industriel _____ |
| <input type="checkbox"/> Congélateur domestique _____ | <input type="checkbox"/> Réfrigérateur domestique _____ |
| <input type="checkbox"/> Congélateur tombeau _____ | <input type="checkbox"/> Glacière _____ |

Si non, comment prévoyez-vous d'entreposer et distribuer les denrées : _____

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

13. CONCERTATION

Votre organisme est-il impliqué au niveau des :

Tables de concertation, précisez : _____

Comités en sécurité alimentaire, précisez : _____

Regroupements intersectoriels d'organismes (ex. : santé mentale, enfance, itinérance, etc.), précisez :

14. AUTRES

Quels sont les projets liés à l'alimentation (autre que dépannage et repas précédemment stipulés) 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.

J'ai lu et compris les règles et règlements applicables aux organismes desservis par Moisson Montréal. L'organisation que je représente s'engage à respecter ces règles et règlements.

Nom (en lettres moulées)

Titre

Signature

Jour / Mois / Année

Documents à joindre - obligatoire

- Copie attestant du numéro de charte de l'organisme (NEQ)
- Copie attestant de votre numéro d'enregistrement OBE (si applicable)
- Copie de vos lettres patentes ou acte constitutif
- Liste des membres du C.A., leurs coordonnées et professions
- Résolution du C.A. proposant l'accréditation 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 revenus
- Lettre d'appui d'une instance publique reconnue (Table de concertation locale en sécurité alimentaire, CIUSSS/CLSC, table de quartier, Ville de Montréal ou arrondissement)

Une fois le formulaire rempli, veuillez le remettre au département des Relations communautaires via l'une des deux façons suivantes :

Par courriel : relationscommunautaires@moissonmontreal.org

Par la poste : Moisson Montréal
Relations Communautaires
6880, chemin de la Côte-de-Liesse
Montréal, QC, H4T 2A1