



### 3. IMPACT DE LA SITUATION FINANCIÈRE SUR LA CLIENTÈLE ET SUR VOTRE ORGANISME


### 4. MONTANT DEMANDÉ

Nature des dépenses	Prévisions des dépenses
<b>TOTAL</b>	

### 5. AUTRES PARTENAIRES ET BAILLEURS DE FONDS SOLLICITÉS POUR CETTE DEMANDE


Rempli par	Fonction au sein de l'organisme
Nom :	Titre
Signature	Date :

### Documents à joindre à votre demande

<input type="checkbox"/> Planification budgétaire de l'année en cours
<input type="checkbox"/> État des résultats le plus récent
<input type="checkbox"/> Résolution du conseil d'administration de l'organisme autorisant la présente demande

**Retourner ce formulaire à l'attention de :** Responsable du PSOC  
Direction des services multidisciplinaires  
CIUSSS du SLSJ - Installation Hôpital de Jonquière  
2230, rue de l'Hôpital, C. P. 1200  
Jonquière (Québec) G7X 7X2

### Réservé au CIUSSS pour commentaires et recommandations
