

Programme d'aide au transport collectif régional

Municipalité amie des aînés

Formulaire de demande d'aide financière

A Renseignements sur le demandeur	
A.1	Nom complet de la municipalité ou de la municipalité régionale de comté (MRC) _____
	Date de la déclaration de compétence en transport collectif en milieu rural _____ (aaaa-mm-jj)
A.2	Adresse complète _____
	Numéro et rue _____ Case postale _____
	Municipalité ou MRC _____ Province _____ Pays _____ Code postal _____

B Renseignements concernant la personne-ressource du demandeur	
B.1	Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M. _____ Fonction au sein de l'organisme _____
	Téléphone (bureau) _____ Poste _____ Télécopieur (bureau) _____ Téléphone cellulaire _____ Ind. rég. _____ Ind. rég. _____
B.2	Courriel _____

C Renseignements sur le regroupement, s'il y a lieu	
Est-ce qu'il y a d'autres municipalités ou MRC regroupées avec le demandeur dans le but de réaliser le projet ?	
<input type="checkbox"/> Oui (veuillez indiquer, à la section D , la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement)	
<input type="checkbox"/> Non (veuillez passer à la section E)	

D Renseignements sur la ou les municipalités ou MRC faisant partie du regroupement					
D.1	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.		
	_____		_____		
Fonction : _____					
D.2	Adresse complète		Case postale		
	Numéro et rue		_____		
	Municipalité ou MRC		Province	Pays	Code postal
	_____		_____	_____	_____
	Téléphone (bureau)	Poste	Télécopieur (bureau)	Téléphone cellulaire	
Ind. rég.		Ind. rég.	Ind. rég.		
_____		_____		_____	
Courriel					

D.3	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.		
	_____		_____		
Fonction : _____					
D.4	Adresse complète		Case postale		
	Numéro et rue		_____		
	Municipalité ou MRC		Province	Pays	Code postal
	_____		_____	_____	_____
	Téléphone (bureau)	Poste	Télécopieur (bureau)	Téléphone cellulaire	
Ind. rég.		Ind. rég.	Ind. rég.		
_____		_____		_____	
Courriel					

D.5	Nom complet de la municipalité ou de la MRC		Nom de la personne-ressource <input type="checkbox"/> M ^{me} <input type="checkbox"/> M.		
	_____		_____		
Fonction : _____					
D.6	Adresse complète		Case postale		
	Numéro et rue		_____		
	Municipalité ou MRC		Province	Pays	Code postal
	_____		_____	_____	_____
	Téléphone (bureau)	Poste	Télécopieur (bureau)	Téléphone cellulaire	
Ind. rég.		Ind. rég.	Ind. rég.		
_____		_____		_____	
Courriel					

Est-ce que l'implantation du nouveau service faisant l'objet de la présente demande entre en concurrence avec un parcours interurbain par autobus déjà existant sur le territoire des municipalités ou MRC regroupées ?

Oui, veuillez préciser :

D.7

Non, veuillez justifier :

E État de situation sur les services de transport collectif actuellement offerts sur le territoire visé par la présente demande

Principaux lieux générateurs (p. ex. : hôpitaux, centres commerciaux, centres communautaires) de déplacements, notamment ceux recherchés par les personnes âgées

E.1

Capacité d'accueil aux lieux d'embarquement et de débarquement (accès et lieux sécuritaires, présence de bancs publics, espaces d'attente climatisés)

E.2

Description sommaire des services actuels de transport interurbain par autobus

E.3

Description sommaire des particularités locales du transport collectif

E.4

	Nombre d'usagers, si disponible
E.5	Usagers (tous âges confondus) : _____
	Usagers aînés : _____

F Renseignements sur le projet pilote faisant l'objet de la demande

F.1 Description du projet pilote, de ses objectifs et de ses retombées projetées

Caractéristiques du nouveau service ou du nouvel outil implanté

Nature du service ou de l'outil	Statut du service ou de l'outil					Nombre d'usagers potentiels rejoins
	Nouveau service de transport collectif régional	Service complémentaire aux parcours de transport collectif	Seul service de transport collectif offert	Déploiement d'outils technologiques	Autre, précisez : _____	
Transport à la demande	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____
Service de porte-à-porte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____
Parcours plus fréquent	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____
Nouveau parcours	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____
Adaptation d'une plateforme de réservation ou de covoiturage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____
Autre, précisez : _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Aînés : _____ Total : _____

F.3	<p>Est-ce qu'il est prévu que le nouveau service soit mis en commun avec les services de transport collectif déjà existants sur le territoire visé ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, précisez :</p> <p><input type="checkbox"/> Non, expliquez :</p>
F.4	<p>Explication de la contribution du projet à l'atteinte de l'objectif du présent volet</p>

G Mise en œuvre et coordination du projet	
G.1	<p>Est-ce que le demandeur est l'entité la plus apte à assurer la coordination du projet faisant l'objet de la présente demande ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p><input type="checkbox"/> Non, veuillez indiquer l'entité la plus apte : _____</p>
G.2	<p>Présentation de l'expertise du demandeur (ou de la municipalité ou de la MRC concernée) en vue de la coordination du projet</p>
G.3	<p>Moyens prévus pour le suivi et la reddition de comptes du projet</p>

H	Échéancier des étapes de réalisation du projet	
	Date de début prévue du projet: _____ (aaaa-mm-jj)	Date de fin prévue du projet: _____ (aaaa-mm-jj)
	Étape de réalisation	Échéancier de réalisation des travaux
	_____	à _____
	(aaaa-mm-jj)	(aaaa-mm-jj)

I	Plan de financement	
	Coût total du projet (taxes nettes incluses)	\$ _____
	Coûts totaux admissibles	\$ _____
	Contribution du demandeur de l'aide financière	\$ _____
	Contribution des autres partenaires (s'il y a lieu)	
	Identification du partenaire : _____	\$ _____
	Identification du partenaire : _____	\$ _____
	Contribution demandée au ministère des Transports et de la Mobilité durable	\$ _____

J	Dépenses admissibles assumées	
	Catégorie de dépenses admissibles	1^{er} Avril 2023 au 31 mars 2024 * \$
	Dépenses de fonctionnement directes (rémunération et contrats liés à la réalisation du projet pilote)	_____
	Frais d'administration qui ne dépassent pas 15% du montant de l'aide financière (activités de secrétariat, tenue de livres et comptabilité, frais de poste et de reprographie, matériel de bureau)	\$ _____
	Frais de promotion et d'animation (frais de réservation de salles, frais de déplacement et de repas des accompagnants)	\$ _____
	Frais relatifs à l'adaptation, pour la clientèle aînée, de logiciels ou de plateformes de données nécessaires aux systèmes de transport à la demande, de répartition ou de covoiturage	\$ _____
	Conception et développement de sites ou de pages Web ou de lignes téléphoniques de réservation, ou création d'applications mobiles, le tout adapté à la clientèle aînée	\$ _____
	Frais d'immobilisation limités aux panneaux d'arrêt ou d'information	\$ _____
	* Les dépenses liées à l'exploitation de l'offre de services de transport collectif doivent être effectuées au plus tard le 15 février 2024 .	\$ _____
	Total des dépenses	\$ _____

K Vérification des documents et pièces justificatives requis pour le dépôt de la demande d'aide financière

Important : Vous devez fournir toutes les pièces justificatives mentionnées ci-après. Dans le cas contraire, votre dossier ne sera pas pris en considération.

- | Copie du règlement interne démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable, et copie de la résolution du conseil du demandeur mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée OU copie de la résolution du conseil du demandeur démontrant que la personne qui présente une demande d'aide financière a été autorisée par le demandeur à le faire en son nom et qu'elle est dûment autorisée à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre et mentionnant le montant de l'aide financière sollicitée
- | Preuve démontrant que l'implantation du nouveau service faisant l'objet de la présente demande n'entre pas en concurrence avec un parcours interurbain par autobus déjà existant sur le territoire des municipalités ou MRC regroupées
- | Prévisions budgétaires pour l'année financière en cours
- | Prévisions budgétaires démontrant le potentiel de viabilité du projet à la suite de sa mise en œuvre
- | Plan de développement du transport collectif régional du demandeur
- | Copie de l'étude de besoins et de faisabilité, s'il y a lieu
- | Plan d'action Municipalité amis des aînés (MADA) du demandeur, s'il y a lieu
- | Documents de présentation ayant permis la concrétisation du projet pilote, s'il y a lieu
- | Tout autre document ou argument permettant d'analyser le projet déposé

L Déclaration du demandeur

- | Par la présente, je confirme que je suis la personne autorisée par le demandeur pour présenter une demande d'aide financière en son nom dans le cadre du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés et que je suis dûment autorisée ou autorisé par le demandeur à signer tout document ou entente à cet effet avec la ministre des Transports et de la Mobilité durable (veuillez joindre une copie du règlement interne ou de la résolution qui en atteste, le cas échéant).
- | J'atteste que tous les renseignements fournis au ministère des Transports et de la Mobilité durable dans le présent formulaire sont complets et véridiques.
- | Je reconnais que le bénéficiaire doit fournir au ministère tous les renseignements que ce dernier pourrait demander conformément aux conditions précisées dans les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés, dont j'ai pris connaissance.
- | Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière de la part de la ministre, je reconnais que le bénéficiaire s'engage à respecter les modalités d'application du Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés.
- | Dans l'éventualité où le projet bénéficierait d'une aide financière, je reconnais que le bénéficiaire de celle-ci est responsable de tout dommage causé par lui-même, ses employés, agents, représentants ou sous-traitants dans le cours ou à l'occasion de l'exécution de son engagement ou de tout manquement à une obligation prise en vertu de cet engagement, et que le bénéficiaire s'engage ainsi à indemniser la ministre de toutes les réclamations, demandes et poursuites et de tous les recours pris en raison de dommages ainsi causés.

Nom du représentant en caractères d'imprimerie

Titre

Signature du représentant

Date (aaaa-mm-jj)

Programme d'aide au transport collectif régional – Municipalité amie des aînés

Direction des aides en transport collectif

Ministère des Transports et de la Mobilité durable

Courriel : transports-quebec.programmes@transports.gouv.qc.ca