|  |  |
| --- | --- |
|  | **Appel à projets**  **Soutien à des projets leviers | Thématique transversale : Trajectoires & Transitions de soins** |

# **Formulaire d’application**

|  |
| --- |
| Titre du projet : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Période de réalisation du projet : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Budget demandé (jusqu’à un maximum de 25 000$) : Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **L’équipe de recherche** |
| **Chercheur∙se principal∙e [Membre régulier∙ère du RQSPAL]** |
| Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.  Affiliation universitaire (Département/Faculté/Université) : Cliquez ici pour entrer du texte.  Courriel : Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Autre∙s membre∙s du RQSPAL (recopiez cette section si plus d’un membre)** |
| Nom : Cliquez ici pour entrer du texte. Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.  Institution : Cliquez ici pour entrer du texte.  Courriel : Cliquez ici pour entrer du texte.  Catégorie :  Régulier∙ère  Partenaire  Étudiant∙e Grade visé : Cliquez ici pour entrer du texte. Superviseur∙es : Cliquez ici pour entrer du texte.  Rôle :  Co-chercheur∙se principal∙e [réservé seulement aux membres régulier∙ères; maximum 2]  ☐ Co-chercheur∙se  Collaborateur∙rice  Utilisateur∙rice de connaissances  Patient∙e / Personne proche aidante / Citoyen∙ne / Personnes touchées par les SPFV - partenaire |
| **Autre∙s membre∙s de l’équipe non-membre du RQSPAL, si applicable (recopiez cette section si plus d’un membre)** |
| Nom : Cliquez ici pour entrer du texte.  Prénom : Cliquez ici pour entrer du texte.  Institution/ affiliation : Cliquez ici pour entrer du texte.  Courriel : Cliquez ici pour entrer du texte.  Rôle :  Co-chercheur∙se  Collaborateur∙rice  Utilisateur∙rice de connaissances  Patient∙e / Personne proche aidante partenaire / Citoyen∙ne / Personnes touchées par les SPFV |

|  |
| --- |
| **Partenaire∙s, si applicable (si plus d’un partenaire, veuillez recopiez cette section)** |
| Représentant∙e : Cliquez ici pour entrer du texte.  Nom de l’organisation partenaire : Cliquez ici pour entrer du texte.  Est-ce un partenaire financier ?  OUI  NON  Si oui, veuillez indiquer le montant du partenaire a octroyé au le projet: Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Résumé non scientifique de votre projet** |
| **Développer un résumé vulgarisé de votre projet destiné au grand public | 300 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Implication au sein du RQSPAL** |
| **Décrivez l’implication et la participation aux activités du RQSPAL dans les deux dernières années du PI ou des co-PI. Si pendant la période la personne était en congé de parentalité ou de maladie, elle est prolongée au ratio 1 mois = 1mois. | 250 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Adéquation entre le projet proposé, la mission, le mandat et objectifs du RQSPAL et la définition des SPFV.** |
| **Décrivez en quoi votre projet s’inscrit dans l’avancement des SPFV et répond aux défis contemporains dans le domaine | 500 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Adéquation avec la thématique transversale** |
| **Démontrer et expliciter le projet proposé respecte la thématique transversale: Transitions et trajectoires de soins | 300 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Santé durable** |
| **Décrivez en quoi votre projet répond en tout ou en partie à la santé durable | 300 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Prise en compte de l’équité, diversité, inclusion (EDI)** |
| **Décrivez en quoi votre équipe et/ou votre projet inclut des éléments de la Stratégie en matière d’équité, de diversité et d’inclusion des FRQ | 300 mots maximum** |
| Cliquez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Information pour le transfert des fonds (administratif) | | | | | | | | | | |
| Pour accélérer le processus de transfert des fonds veuillez indiquer les informations demandées. | | | | | | | | | | |
| Veuillez indiquer la répartition des fonds entre les chercheur∙ses, si applicable (en %): Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |
| Université/établissement qui gérera les fonds : Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | |
| Personne-contact aux finances de votre établissement qui s’occupera de la reddition de comptes | | | | | | | | | | |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | Courriel : | | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Pour l’émission du chèque: veuillez indiquer le détail complet pour l’émission du chèque (vérifiez avec votre personne contact) | | | | | | | | | | |
| Nom : | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | Établissement : | | | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | |
| Département : | | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | Adresse : | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | |
| Ville : | Cliquez ici pour entrer du texte. (QC) | | | | | | Code postal : | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| Pour l’envoi du chèque: veuillez indiquer les coordonnées complètes (adresse postale) : | | | | | | | | | | |
| Adresse : | | Cliquez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | |
| Ville : | Cliquez ici pour entrer du texte. (QC) | | | | | | Code postal : | | | Cliquez ici pour entrer du texte. |
| **Si répartition des fonds entre les chercheur∙ses, indiquez les informations pour chacun∙e svp.** | | | | | | | | | | |

**Pour compléter votre dossier, joindre les documents suivants :**

**Projet de recherche**

Mise en page obligatoire : 3 pages maximum (Police Calibri, caractère 11, interligne simple, marge de 2 centimètres)

**Page de présentation (non incluse dans le maximum de pages allouées) |** Titre∙s et affiliation∙s de tous∙tes les membres de l’équipe (incluant collaborateur∙rices, patient∙es, personne proche aidante et personne citoyenne partenaire ou utilisateur∙rices de connaissances)

**Suggestion de sections à utiliser |** Problématique et contexte, Description du projet proposé, Démonstration du projet s’intégrant dans la thématique, Objectifs, Méthodologie, Résultats attendus, Plan de mobilisations des connaissances, Échéancier et faisabilité, Expertises et capacité de l’équipe à diriger le projet

**Références bibliographiques (non incluses dans le maximum de pages allouées)**

Note : Les annexes sont fortement déconseillées car les évaluateur∙rices ne sont pas tenus de les lire et n’en tiendront pas compte dans leur évaluation. Il importe que la description complète de votre projet soit contenue dans les trois pages allouées.

**Budget projeté et justificatif**

Mise en page obligatoire : 1 page maximum (Police Calibri, caractères 11). Peut être soumis sous forme de tableau, mais doit inclure les justifications

|  |
| --- |
| **Signatures** |
| **Veuillez faire signer tous∙tes les membres de l’équipe, y compris les collaborateur∙rices, utilisateur∙rices de connaissances et patient∙es, personnes proche aidante et personne citoyenne partenaire. (Les signatures électroniques sont acceptées.)** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |
|  |  |  |
| Nom |  | Signature |