Chaque organisme communautaire autonome reconnu au Programme de soutien aux organismes communautaires (PSOC) est classé selon une typologie, selon l’offre de service, le rayonnement territorial et le recours à une permanence ou non. Des travaux nationaux sont présentement en cours afin de préciser davantage les critères propres à chacune des typologies. Cependant, les organismes qui désirent apporter un changement à leur classification actuelle doivent remplir ce formulaire en répondant le plus justement possible aux questions.

Le Centre intégré de santé et de services sociaux (CISSS) des Laurentides analysera ensuite la demande de reclassification à partir des indicateurs établis conjointement avec le Regroupement des organismes communautaires des Laurentides (ROCL) et inclus dans le Cadre régional. Il pourrait modifier la typologie et le rayonnement territorial ainsi que la *Reconnaissance des besoins réels* (RBR) de l’organisme selon le résultat de l’analyse. Cette nouvelle référence permettra de mieux cerner les besoins de l’organisme advenant un futur rehaussement ou budget de développement. Il est important de préciser qu’une nouvelle classification n’entrainera pas automatiquement un rehaussement budgétaire, le CISSS étant tributaire des sommes allouées par le MSSS.

Le CISSS se réserve aussi la possibilité de modifier la typologie et le rayonnement suite à la démonstration de l’organisme qui ne répond pas au territoire initialement reconnu ou encore qui appartient à une autre typologie.

Ce formulaire de demande de reclassification PSOC est à retourner en même temps que la reddition de comptes annuelle de l’organisme à [psoc.cissslau@ssss.gouv.qc.ca](mailto:psoc.cissslau@ssss.gouv.qc.ca). **La justification de la demande de reclassification doit se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme.** Ce formulaire présente les explications nécessaires pour chaque modification demandée et clarifie la demande de l’organisme vis-à-vis le CISSS des Laurentides. Pour toute question entourant la présente démarche, veuillez communiquer avec les membres de l’équipe du PSOC au CISSS des Laurentides à l’adresse ci-dessus mentionnée.

**Directives à suivre**

|  |
| --- |
| * Avant de remplir le formulaire, **lire attentivement** les documents portant sur les typologies actuelles des organismes et les définitions des typologies existantes. * Inscrire les informations **exactes** dans les sections qui concernent la demande de reclassification. * Le présent formulaire doit être déposé au CISSS des Laurentides **en même temps que la reddition de comptes annuelle, soit au plus tard 90 jours après la fin de l’année financière de l’organisme**. |

|  |
| --- |
| Tout organisme qui demande une reclassification de sa reconnaissance au PSOC est réputé avoir pris connaissance du [*Cadre de référence pour l’application régionale du Programme de soutien aux organismes communautaires*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Soins_et_services/Organisation_communautaire/Programme_de_soutien_aux_organismes/Cadre_de_reference_regional_PSOC-_2023.pdf) et du Cadre normatif et à consentir à l’ensemble des clauses s’y rattachant. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **IDENTIFICATION DE L’ORGANISME** | | |
| Nom (selon les dernières lettres patentes) | | |
|  | | |
| No d’entreprise du Québec (NEQ) | | |
|  | | |
| Adresse du siège social | **Cochez si l’adresse est confidentielle** | |
|  |  | |
| Municipalité | Code postal | |
|  |  | |
| Si différente, adresse de correspondance | | |
|  | | |
| Municipalité | | Code postal |
|  | |  |
| Téléphone de l’organisme | | Télécopieur |
| , poste | |  |
| Adresse électronique (**adresse de messagerie permanente**) | | |
|  | | |
| Nom de la personne responsable de l’organisme | | Fonction |
|  | |  |
| Téléphone | | Courriel |
| , poste | |  |
| Nom de la présidence de l’organisme | | |
|  | | |
| Téléphone | | Courriel |
| , poste | |  |

|  |
| --- |
| 1. **Type d’organisme communautaire** |

Après avoir pris connaissance de votre typologie actuelle, **veuillez indiquer si vous êtes en accord avec votre typologie actuelle** :

**Oui**, je suis en accord avec la typologie actuelle.

**Non**, je veux **modifier** la typologie actuelle.

Si vous avez répondu « **Non** » à la question précédente, veuillez cocher la typologie correspondant le mieux à la mission prioritaire de votre organisme et justifiez (voir les explications dans le [Cadre de référence pour l’application régionale du Programme de soutien aux organismes communautaires](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Soins_et_services/Organisation_communautaire/Programme_de_soutien_aux_organismes/Cadre_de_reference_regional_PSOC-_2023.pdf) – aux pages 29 à 32) :

***Ne cochez qu’une seule case :***

Aide et entraide

Milieux de vie et de soutien dans la communauté

Organismes d’hébergement

Organismes de sensibilisation, de promotion et de défense des droits

Veuillez justifier la demande en présentant la mission et les objectifs de l’organisme et ses activités principales. **Cette démonstration doit se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme.** Vous pouvez ici référer aux pages du rapport où se retrouvent les justificatifs (maximum 500 caractères).



|  |
| --- |
| 1. **territoire(s) desservi(s)** |

L’organisme doit pouvoir faire la démonstration du territoire desservi afin d’en avoir la reconnaissance. De plus, il ne doit pas dédoubler les services et activités d’un autre organisme déjà reconnu sur ce territoire pour se prévaloir de ce rayonnement dans le cadre du PSOC.

Après avoir pris connaissance de votre rayonnement territorial actuel, **veuillez indiquer si vous êtes en accord avec le rayonnement territorial reconnu de l’organisme** :

**Oui**, je suis en accord avec le rayonnement territorial reconnu.

**Non**, je veux **modifier** le rayonnement territorial reconnu.

Expliquez quel est votre territoire et justifiez par des chiffres; par exemple, si l’organisme couvre plusieurs territoires, présentez le nombre de personnes desservies en provenance de ce territoire, le nombre d’activités réalisées, les pourcentages de la clientèle provenant de chaque territoire, les représentations faites sur chaque territoire, etc. **Cette démonstration doit se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme.** Vous pouvez ici référer aux pages du rapport où se retrouvent les justificatifs (maximum 500 caractères).



Avez-vous des points de service ailleurs dans la région?

**Oui**

Si oui, où?

**Non**

|  |
| --- |
| 1. **nombre de places** (pour les ressources d’hébergement) |

Quelle est le nombre de places dont l’organisme dispose de façon permanente pour la clientèle et en lien avec sa mission globale (excluant les situations particulières comme les crises sanitaires ou les ententes de service) :

Depuis quand avez-vous cette capacité maximale?       (aaaa-mm-jj)

Quel est le taux d’occupation annuel de la ressource d’hébergement?

**Ces informations doivent se retrouver dans le rapport d’activités de l’organisme.**

|  |
| --- |
| 1. **permanence** |

Si l’organisme est reconnu comme étant sans permanence, mais que du personnel salarié est désormais en place de façon régulière pour assurer la réalisation de la mission et des activités de base, comme préconisé dans le [Cadre de référence pour l’application régionale du Programme de soutien aux organismes communautaires](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Soins_et_services/Organisation_communautaire/Programme_de_soutien_aux_organismes/Cadre_de_reference_regional_PSOC-_2023.pdf) du CISSS des Laurentides, l’organisme peut alors demander une reclassification.

**Le rapport annuel doit en faire la démonstration.**

Titre d’emploi de la permanence :

Nombre d’heures rémunérées (hebdomadaire) :

Date d’entrée en fonction :       (aaaa-mm-jj)

|  |
| --- |
| 1. **engagement de l’organisme** |

**Je certifie que les renseignements contenus dans ce formulaire ainsi que tous les documents qui s’y rattachent sont véridiques.**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signé à |  | , le |  | e jour du mois de |  | 2024. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom du responsable  de l’organisme *(en lettres moulées)* |  | Signature du responsable  de l’organisme |

|  |
| --- |
| 1. **résolution confirmant la demande de reclassification** |

Conformément à une résolution proposée par      , appuyée par       et adoptée au cours d’une réunion du conseil d’administration de l’organisme       dûment convoquée et tenue le       (aaaa‑mm‑jj), une demande de reclassification au *Programme de soutien aux organismes communautaires* (PSOC) est déposée au CISSS des Laurentides.

La demande de reclassification est faite en connaissance des exigences et des procédures contenues dans le [*Cadre normatif*](https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/document-003582/)  et du [*Cadre de référence pour l’application régionale du Programme de soutien aux organismes communautaires*](https://www.santelaurentides.gouv.qc.ca/fileadmin/internet/cisss_laurentides/Soins_et_services/Organisation_communautaire/Programme_de_soutien_aux_organismes/Cadre_de_reference_regional_PSOC-_2023.pdf)du CISSS des Laurentides.

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Signé à |  | , le |  | e jour du mois de |  | 20\_  \_. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom de la présidence  *(en lettres moulées)* |  | Signature de la présidence |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Nom du/de la secrétaire  *(en lettres moulées)* |  | Signature du/de la secrétaire |