

Ce document liste les questions qui vous seront posées pour déposer une demande de financement. Il ne constitue en aucun cas un formulaire de demande. Pour que votre requête soit recevable, vous devez compléter le formulaire en ligne.

- > Seul le bénéficiaire potentiel de la bourse peut compléter cette demande. Pour valider votre admissibilité, veuillez vérifier les critères ici: [Demandes de financement - Bourses de perfectionnement - Fondation du CHU de Québec](#).
 - > Seules les candidatures ayant transmis tous les documents requis seront considérées.
 - > Une seule candidature par année par employé est autorisée.
 - > L'activité de formation devra être complétée dans un délai de 12 mois suivant l'attribution de la bourse.
 - > Si vous quittez le formulaire, vos réponses ne seront pas sauvegardées. Pour avoir la liste complète des questions qui seront à répondre dans ce formulaire, veuillez consulter le document.
- Les questions avec un astérisque (*) sont obligatoires.

SECTION #2 INFORMATIONS SUR LE DEMANDEUR

Prénom *

Nom *

Matricule*

Fonction *

Courriel *

Où avez-vous entendu parlé des bourses de perfectionnement de la Fondation ?*

Exemples: Infolettre CHU, infolettre Fondation, Chuchoteur, InfoLeaders, votre gestionnaire, Spot, site web de la Fondation, communication provenant du CII ou du CMSSSS (préciser), etc.

SECTION #3 FONCTIONS AU CHU DE QUÉBEC - UNIVERSITÉ LAVAL (CHU)

J'atteste être un employé de Santé Québec CHU de Québec-Université Laval*

J'atteste être titulaire d'un poste à minimum 4 jours/semaine (28h et plus) au CHU de Québec-Université Laval*

Site(s) de travail(s)* Pour être admissible, vous devez exercer la majeure partie de votre pratique professionnelle (soit 50 % ou plus) dans l'un des sites de travail suivant. [CHUL, L'HDQ, HSFA, HEJ, HSS, NCH, CIC, Centre administratif, Plateforme clinico-logistique]

Dans quel secteur ou auprès de quelle clientèle travaillez-vous la majorité du temps?*

Exemple: secteur des laboratoires, secteur de l'imagerie, secteur clinique, auprès des patients de la salle de traitement de chimiothérapie du CMS, etc.

Au cours d'une semaine type et dans le cadre de vos fonctions, quelle part de votre temps passez-vous directement avec la patientèle du CHU de Québec-Université Laval? [25% et moins, Entre 25% et 50%, Entre 50% et 75%, Plus de 75%]

Conseil ou groupe auquel vous appartenez * Une demande d'approbation pour votre projet de formation sera automatiquement transmise à votre gestionnaire ou à votre chef de département. (Conseil des Infirmières et Infirmiers (CII), Conseil multidisciplinaire des services de santé et des services sociaux (CMSSSS), Pharmacien(e), assistant(e) technicien(ne) en pharmacie, technicien(ne) en pharmacie)

Direction à laquelle vous êtes rattaché(e)? *

Prénom et nom de votre gestionnaire *

Adresse courriel de votre gestionnaire *

SECTION #4 RENSEIGNEMENTS SUR L'ACTIVITÉ DE FORMATION

Nom de l'activité*

La formation aura-t-elle lieu en présentiel ou en mode virtuel?*

Date de début de l'activité*

Date de fin de l'activité*

Nombre de jours prévus pour l'activité incluant le déplacement *

Lieu de formation*

Lien vers le programme de l'activité (web, Facebook, ou autre) *

Parmi les ateliers proposés dans le cadre de la formation, lequel a retenu votre attention? Décrivez de manière succincte (200 mots maximum)

Au cours de votre participation à cette formation, serez-vous amené à partager une expertise ou des résultats, par exemple en animant une présentation ou une conférence ?* (oui/non)

Décrivez de manière succincte votre implication (200 mots maximum)

SECTION #5 RENSEIGNEMENTS SUR LE FINANCEMENT DE L'ACTIVITÉ DE FORMATION

*Le candidat ne doit en aucun cas bénéficier d'un double financement pour une même dépense. Toute forme de duplication du soutien financier sera considérée comme non conforme aux règles éthiques de la Fondation du CHU de Québec et du CHU de Québec-Université Laval.

**La Fondation évaluera votre demande selon la Politique et procédure sur les frais remboursables lors d'un déplacement (N° 544-26) du CHU de Québec: <https://spot.chudequebec.ca/vie-professionnelle/documents-de-refernce/politiques,-procédures-et-règlements/544-26-politique-et-procedures-concernant-les-frais-de-deplacement.aspx>

Frais d'inscription à l'activité (en \$ CAD) *

Frais de déplacement et de transport (avion, taxi, métro, etc) (en \$ CAD) *

Frais d'hébergement (coût par soir x nombre de nuits) (en \$ CAD) * Selon la Politique et procédure sur les frais remboursables lors d'un déplacement (N° 544-26) :

<https://spot.chudequebec.ca/vie-professionnelle/documents-de-refernce/politiques,-procédures-et-règlements/544-26-politique-et-procedures-concernant-les-frais-de-deplacement.aspx>

Frais pour les repas (en \$ CAD) * L'alcool (vin, bière, cocktail) ne fait pas partie des allocations. Selon la Politique et procédure sur les frais remboursables lors d'un déplacement (N° 544-26) :

<https://spot.chudequebec.ca/vie-professionnelle/documents-de-refernce/politiques,-procédures-et-règlements/544-26-politique-et-procedures-concernant-les-frais-de-deplacement.aspx>

Autres frais (en \$ CAD) - si applicable

Total de vos frais de formation (en \$ CAD) * (Le financement maximum octroyé est de 5 000 \$ par formation. Assurez-vous de bien additionner tous vos postes budgétaires pour cette demande. Vous êtes responsable de la justesse de ce total.)

Devise généralement utilisée dans le pays hôte (\$ CAD, \$ US, EUR €, Livre £, Autre)

Souhaitez-vous fournir des renseignements complémentaires relatifs à vos frais de formation?

SECTION #6 ENGAGEMENT ET DOCUMENT DEMANDÉ

Engagement de présence à l'AGA de votre conseil

Advenant que ma candidature soit retenue, je m'engage à être présent (ou à me faire représenter) lors de l'assemblée générale annuelle (AGA) de mon conseil (AGA du CMSSSS: printemps 2026 (date à confirmer), AGA du CII: printemps 2026 (date à confirmer))

- Je suis membre du CII ou du CMSSSS et j'accepte l'engagement
- Ne s'applique pas, car je suis pharmacien, assistant technique en pharmacie, ou technicien en pharmacie

Retour sur les acquis suite à ma participation à l'activité de formation

Suite à ma formation, je m'engage :

- dans un délai maximum de 14 jours, à fournir un retour par écrit d'environ 500 mots à mon chef de département de pharmacie ou à mon conseil (CMSSSS ou CII).
- Dans un délai de trois mois, à partager mes acquis avec mes pairs.

De quelle manière comptez-vous partager vos connaissances avec vos pairs? Retombées attendues sur votre discipline professionnelle

Quels sont les bénéfices attendus suite à la participation à cette activité de formation? Retombées attendues sur la clientèle desservie

Téléverser votre lettre de motivation Merci de respecter le format attendu

"Prénom_Nom_Lettredemotivation"

Lire et signer

Tous les énoncés contenus dans la présente demande sont exacts et complets.

Je m'engage à signaler tout changement relatif à ma formation à la Fondation du CHU.

Je m'engage à informer la Fondation de la fin ou de l'abandon de ma formation. Si la formation n'est pas complétée, la Fondation demandera un remboursement de la bourse versée en trop au prorata des mois non complétés.

J'atteste ne pas bénéficier d'un double financement pour une même dépense. Je reconnais que toute forme de duplication du soutien financier sera considérée comme non conforme aux règles éthiques de la Fondation du CHU de Québec et du CHU de Québec- Université Laval.

Je m'engage à reconnaître la contribution de la Fondation dans mes publications : articles, médias, conférences, etc.

Je m'engage à produire une reddition de compte suite à ma formation.

J'autorise la Fondation à diffuser publiquement le résumé vulgarisé de mes publications dans certaines communications ciblées par la Fondation (ex. : site web, réseaux sociaux, outils de communication, etc., le cas échéant).

J'autorise la Fondation à partager des informations concernant ma candidature avec les membres du comité de sélection des récipiendaires (CII, CMSSSS, Pharmacie, DRH, ou autre).