MARQUONS NOTRE HISTOIRE.

Préservons le patrimoine manitobain.

Sport, Culture, Patrimoine et Tourisme Manitoba
Direction des subventions communautaires
213, avenue Notre Dame, 6ème étage
Winnipeg (Manitoba) R3B 1N3
Téléphone : 204-945-6809
Sans frais : 1-800-958-6808
Télécopieur : 204-948-2739
Courriel : cgb-dsc@gov.mb.ca
Site Web : www.manitoba.ca/chc/hrb/index.fr.html

Timbre-dateur de la Direction des ressources historiques

# SUBVENTIONS AUX MUSÉES COMMUNAUTAIRES - FORMULE DE DEMANDE

**DATE LIMITE :** Les demandes doivent être **dûment remplies** et envoyées par courriel, télécopieur ou par courrier (le cachet de la poste faisant foi) **au plus tard le 1er juin**. Compte tenu des fonds limités, les demandes en retard ou incomplètes pourraient ne pas recevoir de financement.

**Veuillez lire les lignes directrices du programme avant de remplir la formule de demande.** S'il y a lieu, annexez des feuilles supplémentaires et tous les documents pertinents.

Veuillez prendre soin d'inclure les documents suivants à votre demande. Veuillez cochez (✓) les cases qui s'appliquent :

☐ État financier actuel

☐ Rapport annuel des activités (ou procès-verbal de l'assemblée générale annuelle)

## RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE

Nom de l'organisme *(raison sociale)*

Adresse postale

Ville | Province | Code postal

N° de téléphone de l'organisme | N° de télécopieur de l'organisme | Courriel de l'organisme

Personne-ressource

N° de téléphone | Courriel

**RÉSERVÉ À L'ADMINISTRATION :** **SUBVENTION RECOMMANDÉE** _____ **$**

**NIVEAU** _____ **RÉGION** _____ **DATE DE L'EXAMEN** _____

*Remarque : Pour les demandeurs de subvention du niveau I ou II, la demande ne sera pas traitée si les calculs indiquent que la subvention est inférieure à 100 $.*

Catégorie de musée :

- ☐ constitué en société à but non lucratif
- ☐ géré par une bande indienne
- ☐ géré par une société d'histoire
- ☐ géré par une administration locale

Autre (veuillez expliquer) :

Date de l'assemblée générale annuelle du musée : _____

| | |
|---|---|
| Nombre de jours pendant lesquels le musée a été ouvert au grand public au cours de l'année dernière : Niveau I (minimum de 30 jours), Niveau II (minimum de 60 jours) | ☐ |
| Nombre d'heures pendant lesquelles le musée a été ouvert au grand public au cours de l'année dernière : Niveau I (minimum de 120 heures), Niveau II (minimum de 240 heures) | ☐ |
| Nombre de visiteurs au cours de l'année dernière | ☐ |
| Pour avoir droit à une subvention, le musée doit détenir 50 % de ses collections ou plus. De quel pourcentage de ses collections le musée est-il propriétaire? | ☐ |
| Nombre de bénévoles ayant travaillé au musée l'année dernière | ☐ |
| Nombre d'heures travaillées par des bénévoles au musée l'année dernière | ☐ |

**Veuillez indiquer les mois, jours et heures** pendant lesquels le musée sera ouvert au public l'année prochaine.

Seriez-vous prêt à recevoir votre paiement de subvention par dépôt direct à votre institution financière? ☐ Oui ☐ Non

Si la réponse est oui, avez-vous téléchargé, rempli et inclus le Formulaire de paiement du fournisseur par virement automatique (http://www.gov.mb.ca/finance/direct.fr.html), dans votre demande au Programme de subventions aux musées communautaires? ☐ Oui ☐ Non

| **Les musées de niveau I**: | au dossier | ci-joint |
|---|---|---|
| Énoncé des objectifs | ☐ | ☐ |

**Les musées de niveau II** doivent avoir rempli les documents suivants et les avoir fait parvenir au ministère :

| | au dossier | ci-joint |
|---|---|---|
| Énoncé des objectifs | ☐ | ☐ |
| Politique d'acquisition des objets | ☐ | ☐ |
| Méthodes de catalogage et d'enregistrement | ☐ | ☐ |
| Politique de déclassement | ☐ | ☐ |
| Politique de conservation | ☐ | ☐ |

**REMARQUE :** Les documents n'ont pas à être envoyés de nouveau, à moins que des changements ne soient survenus depuis la dernière fois. La Direction des ressources historiques communiquera avec les musées de manière aléatoire afin d'évaluer si les politiques répondent avec efficacité à leurs besoins.

**Musées de niveaux I et II : Veuillez indiquer, le cas échéant, quelles dépenses importantes** le musée pense faire dans les trois années à venir (dépenses autres que les frais de fonctionnement habituels). S'il n'y en a pas, écrivez « néant ».

**Administrateurs** (dressez la liste des membres du conseil d'administration, ainsi que leur titre) :

## DÉCLARATION (à faire signer par un(e) dirigeant(e) de l'organisme) :

**J'atteste** que les renseignements fournis dans la présente sont, pour autant que je le sache, exacts et complets et qu'ils sont approuvés par l'organisme que je représente.

**Je déclare** que nous nous conformerons, à tous les points de vue, aux conditions stipulées dans les lignes directrices du programme et ailleurs, relativement à toute aide qui pourrait être accordée à notre organisme en vertu de ce programme.

Signature : _____

Nom : _____

Titre : _____

Date : _____

# ÉTAT DES RECETTES

Nom du musée : _____

Vous pouvez utiliser cette formule si votre musée n'a pas son propre état financier. Si vous avez votre propre document, veuillez vous assurer qu'il contient les renseignements demandés sur cette formule, notamment la source de tous les fonds reçus et la signature obligatoire.

2024 Année

| **RECETTES** | **Année du rapport** | **Prochaine année prévue** |
|---|---|---|
| Prix d'entrée | | |
| Ventes, revenus locatifs, kiosques | | |
| Cotisations | | |
| Dons | | |
| Programmes | | |
| Intérêts | | |
| Autres (précisez) | | |
| | | |
| Administration municipale | | |
| Programme de subventions aux musées communautaires* | | |
| Subventions provinciales*<br>Nom du programme : | | |
| Nom du programme : | | |
| Nom du programme : | | |
| Subventions fédérales<br>Nom du programme : | | |
| Nom du programme : | | |
| Nom du programme : | | |
| Autres (précisez) | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| **TOTAL DES RECETTES** | 0,00 $ | 0,00 $ |

*Les subventions reçues des gouvernements fédéral et provincial ne seront pas prises en compte dans le calcul de votre subvention de fonctionnement.

Les subventions du niveau I sont égales à 90 % des fonds recueillis localement*, jusqu'à concurrence du montant maximal pour ce niveau. Le montant maximal s'appliquant au niveau I est de 2 000 $. Les subventions du niveau II sont aussi égales à 90 % des fonds recueillis localement*, jusqu'à concurrence de 45 % des frais de fonctionnement ordinaires ou du montant maximal pour ce niveau. Le montant maximal s'appliquant au niveau II est de 5 000 $.

(**Voir les lignes directrices du Programme de subventions aux musées communautaires pour obtenir de plus amples renseignements sur les fonds recueillis localement.*).

# ÉTAT DES DÉPENSES

Nom du musée : _____

2024 Année

| DÉPENSES | Année du rapport | Prochaine année prévue |
|---|---|---|
| Salaires et avantages sociaux | | |
| Services publics (chauffage, éclairage, téléphone, eau) | | |
| Impôts | | |
| Assurance | | |
| Matériel and fournitures (coûts autres que les dépenses en immobilisations) | | |
| Frais d'entretien courants | | |
| Expositions | | |
| Réparations et améliorations immobilières (dépenses en immobilisations)** | | |
| Acquisition de collections** | | |
| Autres (précisez) | | |
| | | |
| | | |
| **DÉPENSES TOTALES** | 0,00 $ | 0,00 $ |
| **SURPLUS/(DÉFICIT)** | 0,00 $ | 0,00 $ |

**Les dépenses en immobilisations et les dépenses relatives à l'acquisition de collections ne sont pas admissibles à une aide.

J'atteste, qu'à ma connaissance, le présent document est un état complet et exact des recettes et des dépenses du musée pour la période suivante :

Sélectionner le Sélectionnez un mois _____ au Sélectionner le Sélectionnez un mois _____

Jour Mois Année — Jour Mois Année

Nom, titre et signature de la personne qui prépare cet état financier :

_____ _____

Nom, Titre — Signature

# PLAN ANNUEL DU MUSÉE

Nom du musée : _____

| | Résultats de l'année précédente | Dépenses réelles $ | Plan de l'année en cours | Montant du budget $ |
|---|---|---|---|---|
| Gestion et développement des collections | | | | |
| Conservation et restauration | | | | |
| Recherche | | | | |
| Expositions | | | | |
| Programmes publics et scolaires | | | | |
| Activités spéciales | | | | |
| Gestion et administration | | | | |
| Autre | | | | |

# FEUILLE DE SUIVI DES HEURES EFFECTUÉES PAR LES BÉNÉVOLES

Nom : _____ Nº de téléphone : _____

Adresse : _____

| Date | Heure d'arrivée | Heure de départ | Nombre total d'heures travaillées | Activité | Signature |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | Nombre total d'heures travaillées | 0.00 | | | |

**REMARQUE :** Veuillez ne PAS inclure cette feuille avec votre demande.
Il s'agit d'une feuille de suivi pour votre propre usage et il n'est pas nécessaire de nous l'envoyer.