

## **ÉVÉNEMENT ET AGA 2024 du MACS-NB Demande d'appui financier**

### **Conditions**

Toute petite communauté, municipalité, école, ou organisation communautaire voulant participer à l'Événement & AGA 2024 du Mouvement Acadien des Communautés en Santé du N.-B. inc. (MACS-NB) et qui désire obtenir un appui permettant de financer sa participation doit compléter ce formulaire et nous le faire parvenir accompagné du formulaire d'inscription complété.

Les frais de déplacement seront remboursés selon un barème forfaitaire, et non selon un montant par kilomètre. Ces mesures sont mises en place afin de permettre la participation d'un plus grand nombre de groupes et d'acteurs communautaires ou scolaires et une plus grande représentativité des régions. *Les bourses de participation communautaire sont destinées aux groupes, petites communautés, municipalités ou écoles qui ne pourraient y participer sans cet appui financier.* Le nombre de bourses étant limité, nous vous invitons à agir rapidement.

### **Dépenses allouées**

**Frais d'inscription :** Payés directement par le MACS-NB.

**Hébergement :** Maximum de 1 nuitée. Logement privé remboursable à 50\$ par nuitée. Remboursement de l'hôtel avec preuve d'enregistrement à 175\$+tx maximum pour la nuit. Voir la fiche d'inscription pour les détails sur les lieux possibles d'hébergement dans la région de Dieppe.

**Frais de repas :** Tarif de 85\$ par jour, répartis comme suit : 20\$ déjeuner, 25\$ dîner, 40\$ souper. Seulement pour repas non offerts sur place lors de l'événement.

**Frais de garde d'enfant :** 75\$

**Frais de déplacement/d'essence :** (basé sur un barème de distance jusqu'à Dieppe)

250\$	Région du Madawaska
225\$	Régions Victoria & Restigouche Ouest
200\$	Région du Restigouche
175\$	Régions Chaleur & Péninsule acadienne
125\$	Régions Miramichi, Fredericton & Saint-Jean
75\$	Région de Kent

Demandeur d'appui

**Nom :** \_\_\_\_\_

**Groupe – communauté – école :** \_\_\_\_\_

**Coordonnées :** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Raison justifiant demande d'appui financier :**

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Accord**

Je souhaite, par la présente, soumettre une demande d'appui financier pour assurer ma participation à l'événement et AGA 2024 du MACS-NB. Je confirme que les dépenses rattachées à cette participation ne me seront pas remboursées par aucune autre source de financement, i.e. employeur, municipalité, école, organisme à but non lucratif, gouvernement, etc.

Je suis d'accord avec les conditions énumérées.

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
date

**PARTENAIRES FINANCIERS du MACS-NB**

*Le Mouvement Acadien des Communautés en Santé du NB tient à remercier très sincèrement ses partenaires financiers pour leur contribution à son développement. Merci en particulier à ceux qui permettent d'assurer une meilleure participation communautaire à notre événement provincial annuel.*

