



Supporting Child Inclusion and Participation

**APPLICATION FOR YEARLY FUNDING FOR COMMUNITY PROGRAMMING**

Supporting Child Inclusion and Participation (SCIP) funding can be used by licensed centre-based and unlicensed community early learning and child care programs to provide families with children from birth to 6 years of age the opportunity to participate in age-appropriate, play-based activities.

Programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants

**DEMANDE DE FINANCEMENT ANNUEL POUR LES PROGRAMMES COMMUNAUTAIRES**

Le financement du Programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants peut être utilisé par les centres d'éducation et de garde des jeunes enfants agréés et les garderies communautaires non agréées pour des programmes communautaires qui offrent aux jeunes enfants (de 0 à 6 ans) et à leur famille la possibilité de participer à des activités fondées sur le jeu appropriées pour leur âge.

**Organization Information / Renseignements sur l'organisation**

Name of Organization: Nom de l'organisation :	City/Community: Ville ou collectivité :	
Mailing Address (include no., street, apt. no., PO box, postal code): Adresse postale (numéro, rue, appartement, case postale) :		
Type of Organization (check all that apply) / Type d'organisation (cochez tout ce qui s'applique)		
<input type="checkbox"/> Licensed Centre-based Program Centre de garde agréé	<input type="checkbox"/> Unlicensed Community Program Garderie communautaire non agréée	<input type="checkbox"/> Indigenous Government or Organization Gouvernement ou organisation autochtone
<input type="checkbox"/> Non-profit Organization Organisme sans but lucratif	<input type="checkbox"/> Other (please specify): Autre (précisez) : _____	

**Contact Information / Coordonnées**

Full Name: Nom complet :	Position/Title: Titre de poste :	
Mailing Address (include no., street, apt. no., PO box, postal code): Adresse postale (numéro, rue, appartement, case postale) :		
Phone: Téléphone :	Email: Courriel :	Fax: Télécopieur :

**Funding Amount Requested / Montant du financement demandé :**

\$ \_\_\_\_\_

**Project Details / Détails sur le projet**

Name of Project: Nom du projet :				
Project Start Date (yyyy/mm/dd): Début du projet (aaaa-mm-jj) : _____	Project End Date (yyyy/mm/dd): Fin du projet (aaaa-mm-jj) : _____			
How Often will the Project be Offered: À quelle fréquence le projet sera-t-il offert?	<input type="checkbox"/> Daily Tous les jours	<input type="checkbox"/> Weekly Toutes les semaines	<input type="checkbox"/> Bi-weekly Toutes les deux semaines	<input type="checkbox"/> Monthly Tous les mois
<input type="checkbox"/> Other (please specify): Autre (précisez) : _____				

Choose the Activities that Apply to Your Project / Indiquez les activités qui s'appliquent à votre projet

Family and Tot Early Learning Program  
Programme d'apprentissage pour les petits et les familles

Family Education  
Éducation familiale

Family Support  
Soutien familial

Other (please specify):  
Autre (précisez) : \_\_\_\_\_

Who will be running the project? / Qui dirigera le projet?

### What will you do? / Que ferez-vous?

Things to include: the goals for your project, why this project is important to your community? (attach additional sheets if needed).  
Éléments pertinents à fournir : objectifs de votre projet, raisons pour lesquelles il est important pour votre collectivité (joindre d'autres feuilles si nécessaire).

### What do you need? / Que vous faut-il?

Things to include: Where you will deliver your project, equipment you need for your project, etc. (attach additional sheets if needed).  
Éléments pertinents à fournir : Lieu d'exécution du projet, équipement nécessaire à sa réalisation, etc. (joindre d'autres feuilles si nécessaire).

**Budget / Budget**

**Note:** Not all sections are relevant for all proposals. Only complete the sections that apply to the program specific to this application.

**Note :** Les sections suivantes ne s'appliquent pas forcément à toutes les demandes. Ne remplissez que les sections qui s'appliquent au service visé par cette demande.

**Compensation and Benefits / Rémunération et avantages sociaux**

Staff Wage Salaire du personnel	\$
	\$
	\$

**Fees and Payments / Honoraires et indemnités**

Bank Fees Frais bancaires	\$
Administration Fees (up to 10% of total budget) Frais d'administration (pas plus de 10 % du budget total)	\$
	\$
	\$

**Materials and Supplies / Matériaux et fournitures**

Equipment Équipement	\$
Learning Materials and Toys Matériel didactique et jouets	\$
Supplies Fournitures	\$
Furniture Meubles	\$
	\$
	\$

**Rent and Utilities / Loyer et services publics**

Rent Loyer	\$
Utilities Services publics	\$
Insurance Assurances	\$
	\$
	\$

**Other Costs (please list) / Autres coûts (veuillez préciser)**

	\$
	\$
	\$

Other Costs Continued (please list) / Autres coûts – suite (veuillez préciser)	
	\$
	\$
<b>Subtotal Sous-total</b>	\$
<b>Total Total</b>	\$

Depending on the number of eligible applications, are you willing to receive partial funding to support this project?  
 En fonction du nombre de demandes admissibles, acceptez-vous de recevoir un financement partiel pour ce projet?

Yes / Oui       No / Non

**Other Sources of Funding that your Organization is Accessing for this Project**  
 (e.g., other Federal or Territorial funding programs)  
**Autres sources de financement auxquelles votre organisation a accès pour ce projet**  
 (par exemple, autres programmes de financement fédéraux ou territoriaux)

Funding Source Source de financement	Amount Montant	Funding Source Source de financement	Amount Montant
	\$		\$
	\$		\$
	\$		\$

Declaration and Consent	Déclaration et consentement
<input type="checkbox"/> I certify that the information I have provided is true and accurate. I understand that if successful in my application, that my organization will provide annual reporting to the Department of Education, Culture and Employment.	<input type="checkbox"/> J'atteste que les renseignements fournis sont véridiques et exacts. Je comprends que si ma demande est acceptée, mon organisation devra fournir un rapport annuel au ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation.
<input type="checkbox"/> I understand my information is being collected under the authority of the <i>Access to Information and Protection of Privacy (ATIPP) Act</i> , sections 40(c)(i) and 41(1)(g) and will be used to determine eligibility for funding supports, to assist with the development of those supports, to verify implementation, and to evaluate the impact of the SCIP funding program and for the general administration and enforcement of this program. The privacy provisions of the <i>ATIPP Act</i> protect my information, and I have the right to examine and request correction of my records and to request a review by the Information and Privacy Commissioner. If you have any questions about the collection of the information, contact the Director of Early Learning and Child Care, Department of Education, Culture and Employment at 867-767-9354.	<input type="checkbox"/> Je comprends que mes informations sont recueillies en vertu du sous-alinéa 40(c)(i) et de l'alinéa 41(1)(g) de la <i>Loi sur l'accès à l'information et la protection de la vie privée (LAIPVP)</i> ; elles seront utilisées pour déterminer l'admissibilité au financement, aider à l'élaboration des mesures de soutien, vérifier la mise en œuvre, et faire le suivi des retombées du programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants et pour l'administration générale de ce programme. Les dispositions de la LAIPVP relatives à la confidentialité protègent mes renseignements personnels, et j'ai le droit d'examiner mon dossier et de demander qu'on y apporte des corrections ainsi que de demander au commissaire à l'information et à la protection de la vie privée de l'examiner. Si vous avez des questions sur la collecte de renseignements, communiquez avec le ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation par téléphone au 867-767-9354.

<p>X</p> <p>Signature of Applicant / Signature du demandeur</p>	<p>_____</p> <p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)</p>
<p>X</p> <p>Signature of Witness / Signature du témoin</p>	<p>_____</p> <p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)</p>

Application Checklist	Liste de vérification
<p>Please ensure you include the following supporting document to be considered for funding:</p> <p><input type="checkbox"/> Program Consultation Application Form</p>	<p>Veillez vous assurer d'inclure les pièces justificatives suivantes pour que votre demande de financement soit prise en compte :</p> <p><input type="checkbox"/> Formulaire de demande de consultation</p>

**Submit your Application / Soumettre votre demande**

We recommend you contact an Early Childhood Consultant to discuss your application before you apply. Please complete this form and send it, along with your supporting documentation, to the Early Childhood Program Consultant in your region.

Nous vous recommandons de communiquer avec un conseiller en petite enfance pour discuter de votre demande avant de la soumettre. Veuillez remplir ce formulaire et l'envoyer, accompagné de vos documents justificatifs, au conseiller en petite enfance de votre région.

<p><b>Beaufort Delta</b>            Bag Service #1, Inuvik, NT X0E 0T0            Sac postal 1, Inuvik, NT X0E 0T0            Phone / Téléphone : 867-777-7365            Fax / Télécopieur : 867-777-7219            Email / Courriel :            maribeth_pokiak@gov.nt.ca</p>	<p><b>Dehcho</b>            P.O. Box 740, Fort Simpson, NT X0E 0N0            C. P. 740, Fort Simpson, NT X0E 0N0            Phone / Téléphone : 867-695-7329            Fax / Télécopieur : 867-695-7351            Email / Courriel :            tracy_waughantoin@gov.nt.ca</p>	<p><b>North Slave / Slave Nord</b>            P.O. Box 1320, Yellowknife, NT X1A 2L9            C. P. 1320, Yellowknife, NT X1A 2L9            Phone / Téléphone : 867-767-9356            Fax / Télécopieur : 867-873-0423            Email / Courriel :            cindylee_lowry@gov.nt.ca            janette_morris@gov.nt.ca            paige_choquette@gov.nt.ca</p>
<p><b>Sahtú</b>            P.O. Box 147, Norman Wells, NT X0E 0V0            C. P. 147, Norman Wells, NT X0E 0V0            Phone / Téléphone : 867-587-7160            Fax / Télécopieur : 867-587-2612            Email / Courriel :            kara_campbell@gov.nt.ca</p>	<p><b>South Slave / Slave Sud</b>            P.O. Box 1406, Fort Smith, NT X0E 0P0            C. P. 1406, Fort Smith, NT X0E 0P0            Phone / Téléphone : 867-872-7434            Fax / Télécopieur : 867-872-4507            Email / Courriel :            lesliann_tourangeau@gov.nt.ca</p>	

**INTERNAL USE ONLY / PARTIE RÉSERVÉE POUR USAGE INTERNE**

Date Submitted:		Date Reviewed by Committee:	
Funding Amount Requested:	Funding Amount Approved:	Date Funding Released:	
Support Documentation:	Support Source (name):		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			