



Supporting Child Inclusion and Participation

APPLICATION FOR YEARLY FUNDING FOR PROGRAM CONSULTATION

Supporting Child Inclusion and Participation (SCIP) funding may be used to hire a program consultant to enhance staff skill to be responsive to child needs and create programs to allow all children to successfully participate in early learning opportunities.

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

DEMANDE DE FINANCEMENT ANNUEL POUR DES SERVICES DE CONSULTATION

Le financement au titre du Programme de soutien à l'inclusion et à la participation des enfants peut être utilisé pour embaucher un consultant afin de développer les compétences et les qualifications du personnel pour mieux répondre aux besoins des enfants et créer des programmes offrant des occasions d'apprentissage.

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 :

\$ _____

Consultant Information / Renseignements sur le consultant

Name of Consultant/Organization: Nom du consultant ou de l'organisation :
--

Training Details / Détails sur la formation

Training Start Date (yyyy/mm/dd): Début de la formation (aaaa-mm-jj) : _____	Training End Date (yyyy/mm/dd): Fin de la formation (aaaa-mm-jj) : _____
How will the Training be Delivered? / Comment la formation sera-t-elle offerte?	
<input type="checkbox"/> Web-based En ligne	<input type="checkbox"/> In-person/community-based En personne ou dans la collectivité

Will Mentorship be Provided to help Staff use the Recommended Strategies?

Du mentorat sera-t-il offert pour aider le personnel à mettre en œuvre les stratégies recommandées?

Yes No If yes, describe:
 Oui Non Si oui, décrivez :

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 dans le cadre de cette demande.

Purchased Services / Services acquis

Consultation Services Services de consultation	\$
	\$
	\$

Travel and Transportation / Déplacements et transport

Flights Vols	\$
Road Transportation Transport routier	\$
Accommodations Hébergement	\$
	\$
	\$

Other (please list) / Autre (veuillez préciser)

	\$
	\$
	\$
Subtotal Sous-total	\$
Total Total	\$

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 No
 Oui 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"/> I confirm that the individuals identified in this application have agreed to have their information included here (where needed). <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"/> 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"/> Je confirme que les personnes identifiées dans cette demande ont accepté que leurs informations soient incluses ici (si nécessaire). <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>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)</p>
<p>X</p> <p>Signature of Witness / Signature du témoin</p>	<p>Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa/mm/jj)</p>

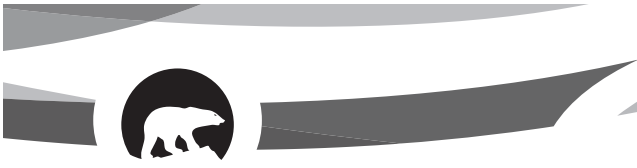
Application Checklist	Liste de vérification
<p>Please ensure you include the following supporting documents to be considered for funding:</p> <input type="checkbox"/> Program Consultation Application Form <input type="checkbox"/> Quote for Consultation Services	<p>Veillez vous assurer d'inclure les pièces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

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>Beaufort Delta 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>Dehcho 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>North Slave / Slave Nord 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>Sahtú 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>South Slave / Slave Sud 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: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Support Source (name):		