# Logo de l'ACRC-PPP

## SECTION 1 : RENSEIGNEMENTS SUR LA CANDIDATE OU LE CANDIDAT, ÉQUIPE PROPOSÉE ET SIGNATURES

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de la candidate ou du candidat :** |  |  | | |  | Salutation privilégiée : |  |
|  | Nom de famille | Prénom | | | Initiales du deuxième prénom |  |  |
| Affiliation : |  |  | | |  | | |
| Principal établissement ou organisme | Département(s)/Division(s) | | | Faculté |  | |
| Titre(s) : |  | | | | | | |
| Diplôme(s)/  Titres de compétence : |  | | | | | | |
| Téléphone : |  | | Courriel : |  | | | |
| Adresse postale : |  | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Superviseur(e) principal(e) :** | |  |  | | |  | Salutation privilégiée : |  |
|  | | Nom de famille | Prénom | | | Initiales du deuxième prénom |  |  |
| Affiliation : | |  |  | | |  | | |
| Principal établissement ou organisme | Département(s)/Division(s) | | | Faculté |  | |
| Titre(s) : |  | | | | | | | |
| Téléphone : |  | | | Courriel : |  | | | |

**MEMBRES DE L’ÉQUIPE PROPOSÉS** *(ajouter des lignes au besoin). Si des patients partenaires seront recrutés dans le cadre de ce projet, veuillez l'indiquer.*

| **Nom de famille** | **Prénom** | **Rôle** *(cocher une option par personne)* | | | **Courriel** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Patient(e) partenaire | Cocandidat(e) | Autre superviseur(e) |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**SIGNATURES**

Veuillez apposer votre signature, celle de la représentante ou du représentant désigné de l’organisme et celle de votre superviseur(e) principal(e).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Votre signature : |  | Date : |  |
| Signature  de l’établissement/organisme : |  | Date : |  |
| Signature du (de la) superviseur(e) principal(e) |  | Date : |  |

## SECTION 2 : PROPOSITION DE RECHERCHE

|  |  |
| --- | --- |
| **Titre du projet :** |  |

**Résumé vulgarisé** [200 mots en anglais ou 240 mots en français maximum]

**Description/proposition de projet** [500 mots en anglais ou 600 mots en français maximum. Les références ne sont pas incluses dans le nombre de mots. Veuillez vous limiter aux références clés.]

**Remarque :** Vous serez évalué(e) sur la lisibilité de votre proposition. Veillez à ce que votre description soit clairement rédigée et accessible. Veuillez inclure : une introduction/un contexte, un objectif/un but, une ou plusieurs questions de recherche, une méthodologie, un ou plusieurs résultats attendus, une méthode d’analyse des données et des applications/résultats/bienfaits potentiels de la recherche.

## SECTION 3 : PARTICIPATION DES PATIENTS PARTENAIRES

Combien de patients partenaires ont participé ou participeront à cette recherche?

Comment les patients partenaires ont-ils été/seront-ils recrutés? Des efforts ont-ils été/seront-ils déployés pour faire entendre des voix diversifiées?

Comment les patients partenaires ont-ils été/seront-ils rémunérés et reconnus?

**Détails de la participation des patients**

*Veuillez détailler la ou les façons dont les patients partenaires/personnes ayant un vécu ou vivant avec un cancer ont participé ou participeront au projet proposé. Cochez le domaine concerné et décrivez la façon dont ils ont participé ou participeront.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **DOMAINE** | **DESCRIPTION** |
|  | Question(s) de recherche |  |
|  | Méthodologie de l’étude |  |
|  | Demande de subvention/proposition de recherche |  |
|  | Recrutement des participants |  |
|  | Exécution de la recherche |  |
|  | Analyse des données |  |
|  | Interprétation des constatations |  |
|  | Diffusion des constatations |  |
|  | Autre (veuillez préciser) |  |

*Adapté de : van Ham, C. R., Burgers, V. W. G., Sleeman, S. H. E., Dickhout, A., Harthoorn, N. C. G. L., Manten-Horst, E., van Eenbergen, M. C. et Husson, O. (2022, 8 juillet). A qualitative study on the involvement of adolescents and young adults (AYAs) with cancer during multiple research phases: “plan, structure, and discuss”.* Res Involv Engagem*,* 8*(1), 30.* [*https://doi.org/10.1186/s40900-022-00362-w*](https://doi.org/10.1186/s40900-022-00362-w)(en anglais seulement).

## SECTION 4 : ÉCHÉANCIER DU PROJET

*Un échéancier pour les principales étapes du projet proposé doit être fourni. La subvention est accordée pour un an. La date d’entrée en vigueur sera le 1er décembre 2023, et la date d’échéance le 30 novembre 2024. Vous serez évalué(e) sur la faisabilité de ce plan de travail. Ajoutez ou supprimez des lignes au besoin.*

| **Étapes clés** | **Date de début** | **Date de fin** | **Remarques** |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

## SECTION 5 : BUDGET DU PROJET

*Veuillez fournir un budget pour le projet. Les dépenses admissibles sont décrites dans les directives relatives à la subvention. Les frais généraux de l’établissement et les coûts indirects ne sont pas couverts. Les directives relatives à la subvention énumèrent les ressources pertinentes.*

| **Article/description** | **Montant ($ CA)** | **Justification** |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Fonds supplémentaires**

Si le budget requis pour le projet est supérieur au montant maximal de 15 000 $ accordé dans le cadre de cette subvention, expliquer de quelle source proviendront les fonds supplémentaires.

**Fonds existants**

Si ce budget s’appuie sur une subvention existante ou un soutien financier actuel (y compris un soutien salarial), veuillez fournir les détails de ce financement (c’est-à-dire les sources de financement et les montants).

*Veuillez sauvegarder ce document en indiquant votre nom dans le nom du fichier. Soumettez le document dûment rempli et signé d’ici* ***le 17 juillet 2023 (minuit HNP)*** *à Kim Badovinac à l’adresse* [*kimberly.badovinac@partnershipagainstcancer.ca*](mailto:kimberly.badovinac@partnershipagainstcancer.ca)*.*

## SECTION 6 : AUTO-IDENTIFICATION DE LA CANDIDATE OU DU CANDIDAT (FACULTATIF)

L’ACRC reconnaît l’existence de biais systémiques dans la recherche et le processus d’attribution des subventions. Les identifiants personnels seront supprimés de vos demandes avant que celles-ci ne soient examinées lors de la première phase du processus d’évaluation.

Afin de favoriser davantage une initiative de recherche équitable, diversifiée et inclusive, les candidats peuvent répondre aux questions d’auto-identification suivantes. Ces informations ne seront **pas** communiquées aux participants au PPP, mais appliquées après la soumission des évaluations de la première phase. Jusqu’à deux points supplémentaires (en fonction des réponses aux questions d’auto-identification) seront ajoutés avant la sélection des candidats les mieux cotés pour la deuxième phase de l’évaluation. La réponse à ces questions est volontaire.

Pour marquer une case, double-cliquez sur la case appropriée et choisissez l’option « Case activée » (ou « Checked » si votre langue d’affichage d’Office est l’anglais).

|  |  |
| --- | --- |
|  | *J’ai répondu aux questions relatives à l’identité personnelle (facultatives) et j’accepte qu’elles soient utilisées dans le processus d’évaluation.* |

Sélectionnez l’option qui décrit le mieux votre identité de genre actuelle.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| De genre fluide | Homme | Non binaire | Homme trans | Femme trans |
| Bispirituel | Femme | Je ne m’identifie à aucune des options proposées | Je préfère ne pas répondre | Je m’identifie comme : |

Vous identifiez-vous comme Autochtone, c’est-à-dire comme membre des Premières Nations (Indien d’Amérique du Nord), Métis ou Inuk (Inuit)?

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Premières Nations | Inuit | Métis | Je préfère ne pas répondre | Je m’identifie comme : |

*La* Loi sur l’équité en matière d’emploi *définit les minorités visibles comme « des personnes, autres que les Autochtones, qui ne sont pas de race blanche ou qui n’ont pas la peau blanche ».*

Vous identifiez-vous comme membre d’une minorité visible au Canada, telle que décrite dans la Loi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Je préfère ne pas répondre |

*La* Loi canadienne sur l’accessibilité *définit le handicap comme une « Déficience notamment physique, intellectuelle, cognitive, mentale ou sensorielle, trouble d’apprentissage ou de la communication ou limitation fonctionnelle, de nature permanente, temporaire ou épisodique, manifeste ou non et dont l’interaction avec un obstacle nuit à la participation pleine et égale d’une personne dans la société. »*

Vous identifiez-vous comme une personne handicapée telle que décrite dans la Loi?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Oui | Non | Je préfère ne pas répondre |

Date de la dernière révision : 31 mars 2023