

Supporting Child Inclusion and Participation

APPLICATION FOR PROGRAM
CONSULTATION FUNDING

Supporting Child Inclusion and Participation (SCIP) funding may be used by licensed early learning and child care centre-based facility to hire a certified program consultant to enhance staff capacity to be responsive to children with enhanced or complex developmental needs.

Up to \$15K can be available per licensed centre-based facility. Organizations with 3 or more licensed site locations can receive up to a maximum of \$45K.

A quote from the consultant including cost and a description of how the consultation will promote inclusion of children with enhanced or complex needs is required.

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

DEMANDE DE FINANCEMENT 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 par une garderie en établissement agréée pour embaucher un(e) conseiller(ère) en programmes certifié afin de développer la capacité du personnel à s’adapter aux enfants qui ont des besoins de développement accrus ou complexes.

Les garderies en établissement agréées peuvent recevoir jusqu’à 15 000 \$.

Les organismes qui exploitent au moins trois sites visés par un permis peuvent recevoir jusqu’à 45 000 \$.

Un devis du ou de la consultant(e), comprenant les coûts et expliquant en quoi la consultation favorisera l’inclusion des enfants ayant des besoins de développement accrus ou complexes, est requis.

Program and Contact Information / Renseignement sur la garderie et coordonnées

Name of Organization:
Nom de l'organisation :

License No.:
N° de permis :

Full Name:
Nom complet :

Position/Title:
Titre de poste :

Phone:
Téléphone :

Email:
Courriel :

Fax:
Télécopieur :

Mailing Address (include no., street, apt. no., PO box, postal code):
Adresse postale (numéro, rue, appartement, case postale) :

Funding Amount Requested / Montant du financement demandé

\$ _____

Consultant Information / Renseignements sur le ou la consultant(e)

Name of Consultant/Organization:
Nom du ou de la consultant(e) ou de l'organisation :

Area of expertise (e.g. Speech and language, curriculum planning, early childhood development, inclusion of children with disabilities, etc.) :
Domaine d'expertise (par ex. orthophonie, planification du programme d'études, développement de la petite enfance, inclusion des enfants en situation de handicap, etc.)

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 à la garderie dans le cadre de cette demande.	
Purchased Services / Services acquis	
Consultation Services Services de consultation	\$ _____ \$
Other: Autre : _____	\$ _____ \$
Other: Autre : _____	\$ _____ \$
Travel and Transportation / Déplacements et transport	
Flights Vols	\$ _____ \$
Road Transportation Transport routier	\$ _____ \$
Accommodations Hébergement	\$ _____ \$
Other: Autre : _____	\$ _____ \$
Total	\$ _____ \$
Depending on the number of eligible applications, are you willing to receive partial funding to support this project? ☐ Yes ☐ No En fonction du nombre de demandes admissibles, acceptez-vous de recevoir un financement partiel pour ce projet? ☐ Oui ☐ Non	

Application Checklist	Liste de vérification
Please ensure you include the following supporting documents to be considered for funding: ☐ Program Consultation Application Form ☐ Quote for Consultation Services	Veuillez vous assurer d'inclure les pièces justificatives suivantes pour que votre demande de financement soit prise en compte : ☐ Formulaire de demande de services de consultation ☐ Devis pour services de consultation

Declaration and Consent		Déclaration et consentement	
☐ 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.		☐ 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.	
☐ I confirm that the individuals identified in this application have agreed to have their information included here (where needed).		☐ Je confirme que les personnes identifiées dans cette demande ont accepté que leurs informations soient incluses ici (si nécessaire).	
☐ 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.		☐ Je comprends que mes informations sont recueillies en vertu du sous-alinéa 40c)(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</i> (LAIPVP); 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.	
X Signature of Applicant / Signature du demandeur		Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa-mm-jj)	
X Signature of Witness / Signature du témoin		Date (yyyy/mm/dd) / (aaaa-mm-jj)	
Submit your Application		Soumettre votre demande	
We recommend you contact an <u>Early Childhood Consultant</u> to discuss your application before you apply. Submit your application by Secure File Transfer using FileDrop. To use FileDrop: • Save the application form to your computer. • Fully complete the application form. • Follow this link to Filedrop. Authenticate your email and then upload your application to FileDrop.		Nous vous recommandons de communiquer avec un <u>conseiller en petite enfance</u> pour discuter de votre demande avant de la soumettre. Veuillez soumettre votre demande par l'intermédiaire de FileDrop (site de transfert sécurisé de fichiers) : • Sauvegardez le formulaire de demande sur votre ordinateur. • Remplissez-le dans son intégralité. • Cliquez sur ce lien pour accéder à Filedrop; vous devrez vous authentifier à l'aide de votre adresse courriel, puis vous pourrez téléverser votre formulaire de demande.	
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: ☐ Yes ☐ No	Support Source (name):		