



Modèle de rapport financier final Programme de financement des participants de la CCSN

Numéro de référence de l'accord : [À l'usage de la CCSN] _____

La CCSN remboursera uniquement les frais admissibles qui ont été engagés, dans la limite de la contribution maximale établie dans le présent accord de contribution. La CCSN ne remboursera pas les frais admissibles dépassant le montant de la contribution maximale octroyée au bénéficiaire.

Nom du bénéficiaire : _____

Titre du projet ou de la question ayant fait l'objet d'une aide financière :

Montant maximal de l'aide financière octroyée dans le cadre de l'accord de contribution (paragraphe 2.1) :

_____ \$

Avance de fonds octroyée au bénéficiaire par la CCSN _____ \$

le _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

Date limite pour présenter le rapport financier final, conformément à
l'accord de contribution (paragraphe 3.3) :

_____ / _____ / _____
AAAA MM JJ

Relevé détaillé du bénéficiaire

Bien que le bénéficiaire ne soit pas tenu de présenter ses reçus à la CCSN avec son rapport financier final, il lui est **fortement conseillé** de conserver tous ses reçus **pendant au moins trois (3) ans**, en cas de vérification.



A. Honoraires		
Nom du professionnel ou de la société	Description des dépenses (nombre d'heures et tarif horaire)	Montant
Date ____ / ____ / ____ AAAA MM JJ		_____ \$
Date ____ / ____ / ____ AAAA MM JJ		_____ \$
Date ____ / ____ / ____ AAAA MM JJ		_____ \$
Date ____ / ____ / ____ AAAA MM JJ		_____ \$
Total :		_____ \$

B. Frais de déplacement

Nom du voyageur	Description des dépenses	Montant
<p align="center">Date</p> <p align="center">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		<p align="right">_____ \$</p>
<p align="center">Date</p> <p align="center">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		<p align="right">_____ \$</p>
<p align="center">Date</p> <p align="center">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		<p align="right">_____ \$</p>
<p align="center">Date</p> <p align="center">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		<p align="right">_____ \$</p>
Total :		<p align="right">_____ \$</p>



C. Autres frais		
Activité ou dépense	Description des dépenses (nombre de jours, heures et tarif)	Montant
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		_____ \$
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		_____ \$
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		_____ \$
<p style="text-align: center;">Date</p> <p style="text-align: center;">____ / ____ / ____ AAAA MM JJ</p>		_____ \$
Total :		_____ \$



Ventilation de la demande de remboursement du bénéficiaire	Montant
Honoraires	_____ \$
Frais de déplacement	_____ \$
Autres frais	_____ \$
Total :	_____ \$

Le bénéficiaire certifie par la présente que les informations fournies à la CCSN reflètent le coût véritable des dépenses engagées pour remplir les conditions de l'accord de contribution.

Calcul du remboursement du PFP	
Allocation maximale du PFP	_____ \$
Avance de fonds octroyée au bénéficiaire par la CCSN	_____ \$
Solde des fonds du PFP à la disposition des bénéficiaires	_____ \$
Demande totale du bénéficiaire aux termes du PFP (honoraires professionnels, voyages et autres) Nota : La CCSN ne remboursera pas les coûts admissibles au-delà du montant maximal de la contribution accordée au bénéficiaire	_____ \$

Paie ment final du PFP demandé par le bénéficiaire : _____ \$

Nom du bénéficiaire _____ Signature du bénéficiaire _____ Date _____ / _____ / _____ <div style="text-align: right; font-size: small;"> AAAA / MM / JJ </div>



AUX FINS FINANCIÈRES SEULEMENT

Information requise en vue des paiements du PFP

CE PAIEMENT CORRESPOND-T-IL À LA VALEUR TOTALE DE L'ACCORD DE CONTRIBUTION?

Oui Non

N° d'engagement : _____ Vérifié par : _____

17-4920-_____ 000100LN-NN-NNN-E _____ \$

En vertu de l'article 34 de la *Loi sur la gestion des finances publiques*, je certifie que les fournitures ont été livrées, les services rendus ou les travaux exécutés, et que le prix demandé est conforme au marché ou, à défaut, est raisonnable. Paiement approuvé.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____
AAAA MM JJ