



FORMULAIRE DE DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE

Renseignements généraux

Nom de l'organisme:			
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ):			
Adresse de correspondance (numéro, rue et ville):			
Code postal:		Téléphone:	

Présidence ou mairie :

*La correspondance sera adressée à la présidence de l'organisme ou au maire ou à la mairesse

Sexe : M. Fonction : Président (e)
 Mme Mairesse/maire

Nom : _____ Prénom : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Autre téléphone : _____ Poste : _____ Courriel : _____

Personne autorisée à répondre pour l'organisme - Coordonnées

Nom : _____ Prénom : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____ Poste : _____ Télécopieur : _____

Autre téléphone : _____ Poste : _____ Courriel : _____

Type d'organisme

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Municipalité ou arrondissement | <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif |
| <input type="checkbox"/> Conseil de bande | <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Camps de jour | |

Quel est le **ratio d'accompagnement demandé** dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées?

- 1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4 Autres (préciser)

Service d'accompagnement admissible : Seuls seront considérés les services d'accompagnement qui ne peuvent être offerts dans le cadre de la mission ou des services réguliers de l'organisme.



Description du projet d'accompagnement

- Projet d'intégration dans un camp de jour (jeunesse)
- Projet d'intégration dans une activité de loisir et sport offerte dans la communauté
- Projet spécial en loisir et sport organisé par un organisme pour les personnes handicapées

Formation du personnel d'accompagnement

Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par :

- Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées
- Autre (précisez) : _____
- Aucune formation prévue, pourquoi? _____

Description des participants (es)

Identification - Incrire le **nombre total** de personnes handicapées dans la case appropriée
 Ex : 8 participants - 4 hommes - 4 femmes Inscrire : Masculin 4 - Féminin 4 (faire de même pour les autres questions)

Sexe : masculin féminin

Ces personnes seront-elles jumelées? Oui Non

Nombre de personnes pour chacun des groupes d'âge :

0-12 ans	13-17 ans	18-34 ans	35-54 ans	55 ans et +

Type d'incapacité : (indiquez le **NOMBRE** de personnes par type d'incapacité)

- Auditive
- Physique
- Trouble du langage ou de la parole
- Visuelle
- Intellectuelle
- Problème de santé mentale
- Trouble du spectre de l'autisme

Nombre total de participants (es) :

Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées
Volet accompagnement (organismes et municipalités)
 2019-2020



Autonomie de la personne handicapée (inscrire le **NOMBRE** de personnes à chacun des points)

Communication

Langage utilisé : parlé gestuel non-verbal un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

Compréhension

Indiquez le nombre de personnes ayant des problèmes à comprendre et/ou à se faire comprendre:

Alimentation

La personne a-t-elle besoin d'aide pour s'alimenter, manger ou boire (nombre): oui non

Habillement

La personne a besoin d'aide pour s'habiller (nombre) : oui non

Déplacement

La personne a-t-elle besoin d'aide pour se déplacer ? (nombre): oui non

La personne est-elle en fauteuil roulant ? (nombre): oui non

Soins personnels

Combien de personnes a besoin d'aide pour : aller à la toilette Autres précisez : _____

Problèmes de santé particuliers

Précisez les problèmes de santé
 (ex : allergies sévères, épilepsie, problèmes respiratoires graves, problèmes cardiaques, etc.)

Problèmes de comportement

La personne a des troubles de comportement (nombre) oui non
 Exemple : agressivité envers elle-même agressivité envers les autres problème de fugue

Interventions particulières de l'accompagnateur (interventions requises par l'accompagnateur)

aide à l'orientation stimulation à la participation autre (préciser) :

Description des activités de loisir

Nom de l'activité :			
Lieu :			
Date de début :		Date de fin :	
Nombre total d'heures d'accompagnement :			



Renseignements sur la police d'assurance

Nom de la compagnie :

Numéro de la police

Date d'expiration de la police :

Montant de la protection pour l'assurance responsabilité civile :

AAAA - MM - JJ

Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées
Volet accompagnement (organismes et municipalités)
 2019-2020



Pièces à joindre obligatoirement *

* **Pour que votre demande soit admissible**, vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessous. En l'absence d'un de ces documents, nous ne pourrions traiter votre demande.

Pièces à joindre	Organisme	Municipalité
Rapport d'évaluation, si une subvention a été reçue l'année précédente	<input type="checkbox"/> joint	
	<input type="checkbox"/> transmis	
	<input type="checkbox"/> suivra à la fin de l'activité le :	AAAA - MM - JJ
	<input type="checkbox"/> aucune demande faite l'année précédente	
Copie des lettres patentes dans le cas d'une première demande ou d'un changement des lettres patentes	<input type="checkbox"/> jointe <input type="checkbox"/> transmise	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas
Copie de la déclaration annuelle 2017 - « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	<input type="checkbox"/> jointe	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas

Responsabilité de l'organisme

Nous certifions que les demandes adressées afin d'obtenir une aide financière pour payer les frais d'un service d'accompagnement lors d'une activité de loisir sont réelles et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l'aide financière demandée est accordée à notre organisme, nous nous engageons à l'utiliser dans le respect des exigences prévues au Programme, soit :

- Embaucher, rémunérer et encadrer le personnel d'accompagnement et être responsable de sa formation;
- Remplir le rapport d'utilisation de la subvention et le transmettre à l'ARLPH Abitibi-Témiscamingue dans les délais prescrits.

Signataire

Nom :	Prénom :	Fonction :
Signature :		Date :
		AAAA - MM - JJ

IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter le 819 762-8121.

L'organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, avant le vendredi **29 mars 2019** à :

ARLPH ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
 330, Perreault Est, bureau 101
 Rouyn-Noranda (Québec) J9X 3C6