



**Assistance financière**  
**VOLET SOUTIEN EN ACCOMPAGNEMENT**  
**2024-2025**

**Formulaire de demande**

**Renseignement sur l'organisation**

Nom de l'organisme	
Numéro d'entreprise du Québec	
Adresse	
Ville	
Code postal	
Téléphone	
Courriel	
Nom de la personne qui a complété la demande	
Nom du président ou maire	

**Personne-ressource**

Nom, prénom	
Fonction	
Téléphone	
Courriel	

## Type d'organisme

*Veillez cocher :*

<input type="checkbox"/>	Organisme à but non lucratif pour les personnes handicapées
<input type="checkbox"/>	Organisme à but non lucratif
<input type="checkbox"/>	Municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique

## Type d'activité

*Veillez cocher :*

<input type="checkbox"/>	Camp de jour
<input type="checkbox"/>	Physiquement actif (excluant les camps de jour)
<input type="checkbox"/>	Autre, préciser ;

## Participants

*Veillez indiquer le nombre de personnes handicapées ayant bénéficié de l'accompagnement par groupe d'âge*

12 ans et moins	
13 à 17 ans	
18 ans 21 ans	
22 à 54 ans	
55 et plus	

## Description de l'activité

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

## Coût de l'accompagnement

Nombre de participants (ex : 6)	Nombre d'accompagnateurs embauchés (ex : 2)	Nombre d'heures total d'acc (ex : 100h)	Taux horaire de l'acc (ex : 16\$)	Total (ex : 1600\$)
<b>Total de l'accompagnement pour l'activité</b>				<b>\$</b>

## 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
- Faire la vérification des antécédents judiciaires (VAJ) du personnel d'accompagnement
- Remplir le rapport d'utilisation de la subvention et le transmettre à l'ARLPH Abitibi-Témiscamingue dans les délais prescrits, soit le **31 mars 2025**.

## Signature du ou de la responsable

Prénom et nom :

Date :

Titre :

Vous devez transmettre votre formulaire dûment rempli et signé avant **le 24 mai 2024 à 16h**, par courriel au [info@arlphat.com](mailto:info@arlphat.com). Aucun formulaire ne sera accepté après cette date.