Assistance financière

VOLET SOUTIEN EN ACCOMPAGNEMENT

2025-2026

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**

*Veuillez cocher :*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Organisme à but non lucratif pour les personnes handicapées |
|  | Organisme à but non lucratif |
|  | Municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique |

**Type d’activité**

*Veuillez cocher :*

|  |  |
| --- | --- |
|  | Camp de jour |
|  | Physiquement actif (excluant les camps de jour) |
|  | Autre, préciser ; |

 **Participants**

*Veuillez 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$) | Total(ex :1600$) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total de l’accompagnement pour l’activité** | **$** |

 **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 de la plateforme sentinelle via le lien :  <https://notyss.com/sentinellecamps/v2/accueil.jsp> et le transmettre à l’ARLPHAT avant **le 15 mars 2026**.
 |

**Signature du ou de la responsable**

Prénom et nom : Date :

Titre :

Vous devez transmettre votre formulaire dûment rempli et signé avant **le 23 mai 2025 à 16h,** par courriel au info@arlphat.com. Aucun formulaire ne sera accepté après cette date.