



Formulaire de demande d'assistance financière

PROGRAMME D'ACCOMPAGNEMENT EN LOISIR POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES (organismes et municipalités) 2019-2020

Date limite pour déposer une demande le **1^{er} mai 2019**

Le cachet de la poste faisant foi.

L'aide financière sera accordée sous réserve de l'approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor.

No séquentiel (à remplir l'ARLPH) :	
Date de réception :	
Conformité de la demande :	

Renseignements généraux

Nom de l'organisme :

Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :

Adresse de correspondance

Adresse (numéro, rue et ville) :

Code postal :

Présidence ou mairie – Coordonnées au travail

Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l'organisme ou au maire ou à la mairesse.

Sexe : M. Mme	Fonction <input type="checkbox"/> Président(e)	<input type="checkbox"/> Mairesse/maire
Nom :	Prénom :	
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :
Autre téléphone :	Poste :	Courriel :

Personne autorisée à répondre pour l'organisme – Coordonnées au travail

Nom :	Prénom :	
Fonction :		
Téléphone :	Poste :	Télécopieur :
Autre téléphone :	Poste :	Courriel :

Financé par :



Nature de l'organisme

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Municipalité | <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées |
| <input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif | <input type="checkbox"/> Camp de jour (sans hébergement) |

Quel est le **ratio d'accompagnement** que votre organisme est **en mesure d'offrir** pour les personnes handicapées sans le soutien financier de ce programme?

- 1 pour 1 1 pour 2 1 pour 3 1 pour 4 Autre (préciser) Aucun

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 Autre (préciser)

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

1. Actions prévues ou effectuées par l'organisme pour soutenir l'intégration de la personne handicapée

1.1 Intégration sociale Actions prévues ou déjà accomplies pour faciliter la participation de la personne handicapée à l'activité choisie.

- Dans quels sites publics** vos activités sont-elles organisées? (ex. : festival, piscine publique, théâtre)

- Avec quels autres groupes avez-vous un projet d'intégration?**

1.2 Adaptation

Identifiez les mesures particulières pour faciliter l'intégration sociale de la personne handicapée en milieu régulier concernant l'adaptation.

- Achat ou fabrication de matériel adapté** (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles)

- Adaptation de la programmation** (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne)

- Adaptation des activités** (modifications du rythme des activités, définition des activités en fonction des capacités physiques ou intellectuelles de la personne (ex. : festival, piscine publique, théâtre)

- Adaptation des bâtiments et de l'équipement** (ex. : rampe d'accès, signalisation, lève-personne)

1.3 Formation du personnel d'accompagnement

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

- ARLPH de la Chaudière-Appalaches : Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (FACC)

- Autre (préciser) :

- Aucune formation prévue, pourquoi?

Vous pouvez reproduire ces pages au besoin en les téléchargeant, selon le nombre de participantes ou de participants.

Une personne ne peut pas présenter plus d'une demande d'accompagnement par année dans le cadre de ce programme. Il est important que l'organisme s'en assure auprès du participant.

2. Description de la participante ou du participant

Identification

Participant n°	Sexe		Âge du participant	Cette personne sera-t-elle jumelée	Nombre d'heure d'accompagnement (minimum 40h et maximum 240h)	Type d'incapacité :								Autres (précisez) :
	Masculin	Féminin				Auditive	Visuelle	Verbale	Motrice	Intellectuelle	TDA / TDAH	Trouble de santé mentale	Trouble du spectre de l'autisme	
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>								

Description des activités de loisir

Description : Camp de jour Physiquement actif Autre (préciser)

Date de début :

AAAA – MM - JJ

Date de fin :

AAAA – MM - JJ

5. Pièces à joindre obligatoirement*

* **Pour que votre demande soit admissible**, vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessus.
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 :	JJ-MM-AAAA	
	<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"/>	Ne s'applique pas
	<input type="checkbox"/>	transmise		
Copie de la déclaration annuelle 2018 - « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	<input type="checkbox"/>	jointe	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas
Description de l'organisme	<input type="checkbox"/>	dépliant	<input type="checkbox"/>	Ne s'applique pas

6. Responsabilité de l'organisme

Nous certifions que les demandes adressées à notre organisme ou à notre municipalité afin d'obtenir une aide financière de soutien pour assurer 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 de la Chaudière-Appalaches dans les délais prescrits;
- Embaucher le nombre d'accompagnateurs pris en compte dans le calcul de la subvention ou rembourser l'ARLPH de la Chaudière-Appalaches, au plus tard au 31 mars de l'année en cours puisque ce nombre a des répercussions sur les autres demandeurs de la région.

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

IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.
Les demandes doivent être transmises par courrier postal seulement. Le cachet de la poste faisant foi. Aucune demande par télécopieur ou par courrier électronique ne sera acceptée.

Pour plus d'informations, n'hésitez pas à contacter l'ARLPH au 418-833-4495

L'organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, avant le **1^{er} mai 2019** à :

ARLPH de la Chaudière-Appalaches

4275, boul. Guillaume-Couture
Lévis (Québec) G6W 6M9