



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. <input type="checkbox"/>	Fonction : Président (e) <input type="checkbox"/>
Mme <input type="checkbox"/>	Mairesse/maire <input type="checkbox"/>
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?	
<input type="checkbox"/> 1 pour 1	<input type="checkbox"/> 1 pour 2
<input type="checkbox"/> 1 pour 3	<input type="checkbox"/> 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 - Inscire le **nombre total** de personnes handicapées dans la case appropriée
 Ex : 8 participants - 4 hommes - 4 femmes Inscire : Masculin 4 - Féminin 4 (faire de même pour les autres questions)

Sexe : <input type="checkbox"/> masculin <input type="checkbox"/> féminin	Ces personnes seront-elles jumelées? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>				
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) :	
-------------------------------------	--



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 :	
Description de l'activité :	



Coût de l'accompagnement

(Colonne - 1) Nombre de participant (s)	(Colonne - 2) Nombre d'accompagnateur (s)	(Colonne - 3) Nombre d'heures effectuées par chaque accompagnateur	(Colonne - 4) Nombre total d'heures (col. 2 x col. 3)	(Colonne - 5) Taux horaire	Colonne - 6 Total (col. 4 x col. 5)
Total					

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		



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 2015 - « 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 **24 mars 2017** à :

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