



## 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 :

### Nom de l'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 <b>ratio d'accompagnement demandé</b> 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)	
<b>Service d'accompagnement admissible :</b> 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) :	
-------------------------------------	--



<b>Autonomie de la personne handicapée (répondre à toutes les questions)</b>		
<b>Communication</b>		
Langage utilisé :	parlé      gestuel      non-verbal	un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)
<b>Compréhension</b>		
La personne a-t-elle des problèmes à comprendre et/ou à se faire comprendre:	oui	non
<b>Alimentation</b>		
La personne a-t-elle besoin d'aide pour s'alimenter, manger ou boire:	oui	non
<b>Habillement</b>		
La personne a besoin d'aide pour s'habiller :	oui	non
<b>Déplacement</b>		
La personne a-t-elle besoin d'aide pour se déplacer ? :	oui	non
La personne est-elle en fauteuil roulant ?:	oui	non
<b>Soins personnels</b>		
La personne a besoin d'aide pour :	aller à la toilette	Autres précisez : _____
<b>Problèmes de santé particuliers</b>		
La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur (ex : allergies sévères, épilepsie, problèmes respiratoires graves, problèmes cardiaques, etc.)	oui	non
<b>Problèmes de comportement</b>		
La personne a des troubles de comportement	oui	non
Exemple :	agressivité envers elle-même	agressivité envers les autres      problème de fugue
<b>Interventions particulières de l'accompagnateur (interventions requises par l'accompagnateur)</b>		
aide à l'orientation	aide au transfert (fauteuil roulant)	aide à l'alimentation
stimulation à la participation	soins d'hygiène et de santé	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 :	





**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"/>	Ne s'applique pas
	<input type="checkbox"/>	transmise		
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 **25 mars 2016** à :

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