



# ARLPHCQ

ASSOCIATION RÉGIONALE DE LOISIR  
POUR PERSONNES HANDICAPÉES  
**DU CENTRE-DU-QUÉBEC**

Formulaire de demande  
Soutien financier  
2024/2025

Volet 2 – Soutien à l'accompagnement



**ARLPH CQ**

ASSOCIATION RÉGIONALE DE LOISIR  
POUR PERSONNES HANDICAPÉES  
DU CENTRE-DU-QUÉBEC

**Québec** 

Programme d'assistance financière au loisir des personnes handicapées  
(PAFLPH)

**FORMULAIRE DE DEMANDE 2024/2025**

**VOLET 2 : SOUTIEN À L'ACCOMPAGNEMENT**

***DATE LIMITE 31 mars 2024 – 23h59***

**1. Renseignements généraux**

Nom de l'organisme :		
Numéro d'entreprise du Québec (NEQ) :		
<b>Adresse de correspondances</b>		
Adresse : (numéro, rue)	Ville :	Code postal :
<input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif		
<input type="checkbox"/> Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées		
<input type="checkbox"/> Municipalité ou MRC		

**2. Présidence ou mairie — Coordonnées au travail**

*Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l'organisme ou à la mairie*

Fonction :	Présidence	<input type="checkbox"/>	Mairie	<input type="checkbox"/>			
Identification :	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Autre :	Préfère ne pas spécifier	<input type="checkbox"/>
Prénom :	Nom :						
Téléphone :	Poste :						
Autre téléphone :	Poste :						
Courriel :							

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

Identification :	M.	<input type="checkbox"/>	Mme	<input type="checkbox"/>	Autre :	Préfère ne pas spécifier	<input type="checkbox"/>
Prénom :	Nom :						
Fonction :							
Téléphone :	Poste :						
Autre téléphone :	Poste :						
Courriel :							

\*Pour les organismes demandeurs en 2023, vous devez avoir rempli le formulaire de reddition de compte sur la plateforme Sentinelle avant de faire une nouvelle demande en 2024.

<https://notvss.com/sentinellecamps/v2/accueil.jsp>

## 4. RATIOS OFFERTS ET DEMANDÉS

Quel est le ratio d'accompagnement, en NOMBRE, que votre organisme est en mesure d'offrir pour les personnes handicapées sans le soutien financier de ce programme ? (*X accomp. pour X pers. hand.*)

1 pour 1          1 pour 2          1 pour 3          1 pour 4          1 pour 5          Aucun  
Autre (préciser) :

Quel est le ratio d'accompagnement, en NOMBRE, demandé dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées ? (*X accomp. pour X pers. hand.*)

1 pour 1          1 pour 2          1 pour 3          1 pour 4          1 pour 5  
Autre (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.

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

5.1 Intégration sociale          Mesures particulières pour faciliter l'intégration sociale de la personne handicapée en milieu régulier

Dans quels sites publics vos activités sont-elles organisées ?

Avec quel autre groupe avez-vous un projet d'intégration ?

5.2 Nombre d'accompagnateurs/trices engagés/es pour cette demande et formé/e selon le type de formation.

Certification en accompagnement camp de jour (ARLPHCQ)

Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (AQLPH, ARLPHCQ)

Formation en animation (préciser laquelle)

Autre (préciser)

Aucune formation. Pourquoi ?

5.2 Nombre de formation à recevoir pour les accompagnateurs/trices pour cette demande, selon le type de formation.

Certification en accompagnement camp de jour (ARLPHCQ)

Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (AQLPH, ARLPHCQ)

Formation en animation (préciser laquelle)

Autre (préciser)

Aucune formation. Pourquoi ?

6. Nombre de personnes handicapées participantes par sexe, groupe d'âge et par catégorie de déficience

Nombre de participants/es par sexe

Homme

Femme

Non spécifié

Nombre de participants/es par groupe d'âge

0-4 ans

5-12 ans

13-17 ans

18-21 ans

22-35 ans

36-54 ans

55 ans et +

Nombre de participants.es par trouble(s) ou déficience(s)

Auditive

Trouble du spectre de l'autisme

Intellectuelle

TDA/H

Physique

Trouble du langage ou de la parole

Problème de santé mentale

Visuelle

Autres (précisez) :

7. Autonomie et besoins de la personne handicapée

Indiquer le NOMBRE de personnes accompagnées qui sont concernées par les propos suivants.

7.1 Communication

Langage utilisé :

  

Parlé

Non verbal

  

Gestuel

Un appareil de communication (tableau Bliss ou autres)

### 7.2 Compréhension

La personne se fait comprendre : Difficilement

La personne comprend les consignes : Difficilement

### 7.3 Alimentation

La personne a besoin d'aide pour manger  Oui

La personne a besoin d'aide pour boire  Oui

Diète spéciale  Oui

### 7.4 Habillement

La personne a besoin d'aide pour s'habiller  Oui

### 7.5 Déplacement

La personne se déplace à l'intérieur AVEC aide

La personne se déplace à l'extérieur AVEC aide

La personne se déplace avec un appareil

### 7.6 Soins personnels

La personne a besoin d'aide pour :  Aller à la toilette  Incontinence  Ses soins personnels

Autre (préciser) :

### 7.7 Problèmes de santé particuliers

La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l'accompagnateur ?  Oui

Nature des problèmes :  Allergie sévère  Épilepsie  Diabète  
 Problème cardiaque  Problème respiratoire grave

Autre (préciser) :

### 7.8 Problèmes de comportement

La personne a des troubles de comportement  Oui

Nature des troubles :  Agressivité envers elle-même  Opposition régulière  
 Agressivité envers les autres  Problème de fugue  
 Opposition occasionnelle



## 10. 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 :	

## 11. Pièces à joindre obligatoires \*

\* 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.

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 : <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 plus récente déclaration annuelle — « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	<input type="checkbox"/> Jointe	<input type="checkbox"/> Ne s'applique pas

## 12. Responsabilité de l'organisme

Nous certifions que les demandes adressées à notre organisme ou à notre municipalité 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 Centre-du-Québec dans les délais prescrits

Signataire		
Nom :	Prénom :	Fonction :
Signature :		Date :

**IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés. Les demandes doivent être transmises par courriel, par courrier ou en personne à nos bureaux.**

\*Pour les organismes demandeurs en 2023, vous devez avoir rempli le formulaire de reddition de compte sur la plateforme Sentinelle avant de faire une nouvelle demande en 2024.

<https://notvss.com/sentinellecamps/v2/accueil.jsp>