****

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

**2019**

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

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**Formulaire de demande d’assistance financière**

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

Date limite pour déposer une demande électronique par courriel le **22 novembre 2018**

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

Merci d’envoyer votre demande par courriel à **direction@arlphcq.com**

|  |  |
| --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’ARLPHCQ) : |  |
|  |  |  |
| **Renseignements généraux** |
|  |  |  |
| **Nom de l’organisme :**  |       |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :**  |       |
|  |
| **Adresse de correspondance**  |
| **Adresse** (numéro, rue et ville) : |       | **Code postal :** |       |
|  |  |  |
| **Présidence – Coordonnées au travail** |
|  |  |  |
|  **Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l’organisme.** |
|  |  |  |
| **Sexe :** | M. |[ ]  Mme [ ]  | **Fonction :** |[ ]  Président(e) |  |  |
| **Nom :** |  | **Prénom :** |  |
| **Téléphone :** |  | **Poste :** |  | **Courriel :** |  |
|  |  |  |
| **Personne autorisée à répondre pour l’organisme – Coordonnées**  |
| **Nom :**  |       | **Prénom :** |       |
| **Fonction :** |       |
| **Téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Courriel :** |       |

|  |
| --- |
| **Nature de l’organisme** |
| [ ]  **Organisme de loisir à but non lucratif**[ ]  **Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées**[ ]  **Camps de vacances (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 [ ] 1 pour 5 [ ] 1 pour 6 [ ] Autre, précisez : |
| 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 [ ] 1 pour 5 [ ] 1 pour 6 [ ] Autre, précisez : |
|  |
| **Service d’accompagnement admissible :** Seuls seront considérés les services d’accompagnement qui ne peuvent être offerts dansle 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** | Mesures particulières pour faciliter l’intégration sociale de la personne handicapée en milieu régulier.  |
| [ ]  **Activités organisées dans des sites publics, si oui, précisez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**[ ]  **Projets d’intégration avec d’autres groupes** [ ]  **Oui** [ ]  **Non**[ ]  **Activités offertes à l’ensemble de la communauté (cours de natation, hockey, peinture)** [ ]  **Oui** [ ]  **Non** [ ]  **Camp de jour pour la communauté (terrains de jeux)** [ ]  **Oui** [ ]  **Non** |
| **1.2 Adaptation** | Actions prévues ou déjà accomplies pour faciliter la participation de la personne handicapée à l’activité choisie. |
| **Achat ou fabrication de matériel adapté, si oui, précisez\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** [ ]  **Oui** [ ]  **Non** **Adaptation de la programmation** (programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne**)** [ ]  **Oui** [ ]  **Non** **Adaptation des activités (**modification du rythme, adaptation du vocabulaire et des règles etc.) [ ]  **Oui** [ ]  **Non** **Adaptation des bâtiments et de l’équipement (**ex : rampe d’accès, signalisation, lève-personne) [ ]  **Oui** [ ]  **Non**  |
| **1.3 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 (FACC - ARLPHCQ)  |
| [ ] Autre (préciser) :  |
| [ ] Aucune formation prévue, pourquoi?  |
| **Nombre de participant (es) : :** | **Indiquer le nombre total de participants :**  |

|  |
| --- |
| **2. Description du participant ou de la participante ou description des participants (es)**  |
| **Identification – Inscrire le nombre total de personnes handicapées dans la case appropriée** **Ex : 8 participants – 4 hommes – 4 femmes Inscrire : Masculin 4 – Féminin 4 (faire de même pour les autres questions)**  |
| **Sexe :** | MF | [ ] [ ]  | **Homme** |  | **Âge :** | 0 -12  | [ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_** | **Nombre de personnes jumelées****: \_\_\_\_\_\_** |
|  |  |  |  |  |  | 13-17 | [ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |  |  |  |  |  | 18-35 | [ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |  |  |  |  |  | 36-54 | [ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
|  |  |  |  |  |  | 55 et + | [ ]  **\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Type d’incapacité :** |[ ]  Auditive |[ ]  Intellectuelle |[ ]  Problème santé mentale |[ ]  Trouble du langage ou de la parole |
|  |[ ]  Autisme |[ ]  Physique |[ ]  Visuelle |[ ]  Trouble du spectre de l’autisme |
| **Autonomie de la personne handicapée** (répondre à toutes les questions) |
| **2.1 Communication** |
| Langage utilisé : |[ ]  Parlé |[ ]  Gestuel |[ ]  Non verbal |[ ]  Un appareil de communication (tableau Bliss ou autres) |
| **2.2 Compréhension** |
| La personne se fait comprendre : |[ ]  Facilement |[ ]  Difficilement |
| La personne comprend : |[ ]  Facilement |[ ]  Difficilement |
| **2.3 Alimentation** |
| La personne a besoin d’aide pour manger |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| La personne a besoin d’aide pour boire |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| Diète spécial |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| **2.4 Habillement** |
| La personne a besoin pour s’habiller |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| **2.5 Déplacement** |
| La personne se déplace à l’intérieur |[ ]  Seule |[ ]  Avec aide |
| La personne se déplace à l’extérieur |[ ]  Seule |[ ]  Avec aide |
| La personne se déplace avec d’autres appareils |[ ]  Seule |[ ]  Avec aide |[ ]  Ne s’applique pas |
| La personne se déplace avec d’autres appareils |[ ]  Seule |[ ]  Avec aide |[ ]  Ne s’applique pas |
| **2.6 Soins personnels** |
| La personne a besoin d’aide pour : |[ ]  Aller à la toilette |[ ]  Incontinence |[ ]  Ses soins personnels |
|  |  | Autre (préciser) :  |

|  |
| --- |
| **2.7 Problèmes de santé particuliers** |
| La personne a des problèmes de santé supposant une intervention particulière de l’accompagnateur |  | [ ]  Oui [ ]  Non |  |  |
| Nature des problèmes : |[ ]  Allergie sévère |[ ]  Épilepsie |  | [ ]  Problème cardiaque |  | [ ]  Problème respiratoire grave |
|  |[ ]  Diabète | [ ]  Autre (préciser) :       |

|  |
| --- |
| **2. Description de la participante ou du participant (suite)** |

|  |
| --- |
| **Autonomie de la personne handicapée** (répondre à toutes les questions) |
| **2.8 Problèmes de comportement** |
| La personne a des troubles de comportement |[ ]  Oui |[ ]  Non |
| Nature des troubles : |[ ]  Agressivité envers elle-même |[ ]  Opposition régulière |
|  |[ ]  Agressivité envers les autres |[ ]  Problème de fugue |
|  |[ ]  Opposition occasionnelle |[ ]  Autre (préciser) : |
| **2.9 Interventions particulières de l’accompagnateur** |
| Interventions requises par l’accompagnateur :  |
|[ ]  Aide à l’orientation |[ ]  Aide au transfert (fauteuil roulant) |[ ]  Autre (préciser) : |
|[ ]  Stimulation à la participation |[ ]  Aide à l’alimentation |  |  |
|[ ]  Soins d’hygiène et de santé |[ ]  Rappel des consignes |  |  |

|  |
| --- |
| **Description des activités de loisir** |
| Description :       |
| **Date de début :** | AAAA – MM - JJ | **Date de fin :** | AAAA – MM – JJ  |
| **Nombre d’heures (minimum 40 et maximum 240) :** |       |

|  |
| --- |
| **3. Coût de l’accompagnement** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Participant(s) no** | **Nombre****d’accompagnateurs** | **Nombre d’heures****effectuées** | **Nombre total****d’heures** | **Taux horaire** | **Total** |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Total** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Renseignements sur la police d’assurance** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la compagnie:**  |       |
| **Numéro de la police :**  |  | **Date d’expiration de la police :** | AAAA – MM - JJ       |
| **Montant de la protection pour l’assurance responsabilité civile :** |       |

|  |
| --- |
| **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 pourrons traiter votre demande. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre**  | **Organisme**  | **Municipalité** |
| Rapport d’évaluation, si une subvention a été reçuel’année précédente |[ ]  Joint |
|  |[ ]  Transmis |
|  |[ ]  Suivra à la fin de l’activité le : |       |
|  AAAA – MM - JJ |
|  |[ ]  Aucune demande faite l’année précédente |
| Copie des lettres patentes dans le cas d’une premièredemande ou d’un changement des lettres patentes | [ ] [ ]  | JointeTransmise |[ ]  Ne s’applique pas |
| Copie de la déclaration annuelle 2018 - « Personne morale »délivrée par le Registraire des entreprises du Québec |[ ]  Jointe |[ ]  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 pour payerles 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 dansle 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 :** |       |
|  |  AAAA – MM - JJ |
| **IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés. Les demandes doivent être transmises par courrier électronique, aucune demande par courrier ou télécopieur ne sera acceptéee.** |

Merci de bien vouloir nous faire parvenir votre demande avant le

**22 novembre 2018**

**Par courriel à** direction@arlphcq.com

Pour toutes informations complémentaires 819-758-5464