**Programme d’aide financière au loisir des personnes handicapées – Soutien aux initiatives locales et régionales**

**(PAFLPH – VOLET 3)**

**FORMULAIRE 2022-2023**



**Formulaire de demande d’assistance financière**

|  |  |
| --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’ARLPHCQ) : |  |
| **Nature de l’organisme** |
|  |  |  |
| [ ]  | **Municipalité ou Ville** | **[ ]**  | **Organisme de loisir à but non lucratif** |
| [ ]  | **MRC** | **[ ]**  | **Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées** |
| [ ]  | **Autres : précisez** Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |
| **Renseignements généraux** |
|  |  |  |
| **Nom de l’organisme :**  |       |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :**  |       |
|  |
| **Adresse de correspondance :**       |
| **Adresse** (numéro, rue et ville) : |       | **Code postal :** |       |
|  |
| **Personne responsable de l’organisme – Coordonnées**  |
|  |  |  |
| **Sexe :** | M. | [ ]  | Mme [ ]  | **Fonction :** |       |
|  |  |
| **Nom :** |       | **Prénom :** |       |
| **Téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Télécopieur :** |       |
| **Autre téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Courriel :** |       |

|  |
| --- |
| **1. Projet prévu par l’organisme pour soutenir les loisirs des personnes handicapées** |
|  |
|

|  |
| --- |
| **Description du projet** |
| Nom de votre projet :       | Type de projet : Choix de réponses selon les critères du ministère[ ]  Loisir actif[ ]  Plein air[ ]  Culturel[ ]  Socioéducatif[ ]  Touristique[ ]  Autres :       |
| Description sommaire du projet :  |
| **Date de début :** |  | **Date de fin :** |       |
|  | AAAA – MM - JJ |  | AAAA – MM - JJ |

 |

|  |
| --- |
| **2. Description des participants (es) visés (es)** |
| **Identification – Cocher les cases appropriées et indiquer le nombre de participants total visé par le projet** |
| **Sexe :** | [ ] **[ ]**  | **Masculin****Féminin** |  | **Âge :** |

|  |  |
| --- | --- |
| 0-4 ans | [ ]  |
| 5-12 ans | [ ]  |
| 13-17 ans | [ ]  |
| 18-21 ans | [ ]  |
| 21-54 ans | [ ]  |
| 55 ans et + | [ ]  |

 | **Commentaires** |
|  |  |  |  |  |  |       |
| **Type d’incapacité :** | [ ]  | Auditive | [ ]  | Intellectuelle | [ ]  | Visuelle  | [ ]  | Trouble du langage ou de la parole |
|  |  | [ ]  | Physique | [ ]  | Problème de santé mentale | [ ]  | Trouble du spectre de l’autisme |

|  |
| --- |
| **3. PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES DU PROJET** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **À compléter** | (Réserver ARLPHCQ) |
|  | COÛTS DU PROJET |  | Montant recommandé |
| **DÉPENSES**  |  |  |  |
| Achat de matériel et équipement |       |       |       |
| Frais de location de matériel et d’équipement |       |       |       |
| Frais de location de locaux  |       |       |       |
| Salaire des animateurs/du personnel |       |       |       |
| Salaire des accompagnateurs |       |       |       |
| Frais de gestion et de coordination |       |       |       |
| Frais de déplacement |       |       |       |
| Frais de transport des participants |       |       |       |
| Frais de service technique (spécifiez)       |       |       |       |
| Autres dépenses (spécifiez)       |       |       |       |
| Autres dépenses (spécifiez)       |       |       |       |
| **TOTAL DES DÉPENSES**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **SUBVENTION DEMANDÉE**  |       |       |       |

|  |
| --- |
| **Formation**  |
| Afin d’offrir un accompagnement de qualité, aurez-vous besoin de que vos accompagnateurs suivent les formations suivantes : [ ]  DAFA [ ]  FACC [ ]  CACDJ [ ]  Sensibilisation [ ]  possède une formation [ ]  Ne s’applique pas  |

|  |
| --- |
| **\* Autres dépenses (spécifiez)** |
|       |

|  |
| --- |
| **6. Responsabilité de l’organisme** |
| **\* Pour que votre demande soit admissible,** vous devez effectuer la vérification d’antécédents judiciaires de personnes œuvrant auprès d’une clientèle vulnérable (vérification d’absence d’empêchement) du personnel accompagnateur en lien avec le projet. |
| Vérification d’antécédents judiciaires du personnel accompagnateur en lien avec le projet. | **Oui [ ]  Non [ ]**  |

|  |
| --- |
| **Nous certifions que la demande adressée par notre organisme ou notre municipalité, afin d’obtenir une aide financière pour payer les frais d’un projet pour une activité de loisir, est réelle et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l’aide financière demandée nous est accordée, nous nous engageons à l’utiliser dans le respect des exigences prévues au programme.** |

|  |
| --- |
| **Signataire**  |
| **Nom :**  | **Prénom :** |       | **Fonction :** |       |
| **Signature :** |       | **Date :** |       |
|  |  AAAA – MM – JJ |
|  |  |
| **IMPORTANT : Un formulaire incomplet ou non signé ne sera pas analysé.** **Les demandes doivent être transmises par courrier électronique ou par la poste. Aucune demande reçue après le 31 octobre 2022 ne sera acceptée.** |

**Pour plus d’informations,** n’hésitez pas à nous contacter.

**Dates importantes et adresse pour les communications :**

Dépôt de la demande : au plus tard le **31 octobre 2022**

Rapport d’utilisation : au plus tard le **30 avril 2023**

**ARLPH CENTRE-DU-QUÉBEC**

59, rue Monfette, local 236

Victoriaville (Québec) G6P 1J8

Téléphone : 819-758-5464

**Courriel : administration@arlphcq.com**

