**Programme d’assistance financière aux initiatives locale et régionales en loisir des personnes handicapées**

**2019-2020 (PAFILRLPH)**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**VOLET 3 : SOUTIEN D’UN PROJET**



**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** |  |  |
|  |
| **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      Camps de jour      Physiquement actif      Plein air      Culturel      Socio-éducatif      Touristique      Autres : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Description sommaire du projet :       |
| **Date de début :** |  | **Date de fin :** |       |
|  | AAAA – MM - JJ |  | AAAA – MM - JJ |

 |

|  |
| --- |
| **2. Description des participants (es)**  |
| **Identification – Cocher les cases appropriées**  |
| **Sexe :** | [ ] **[ ]**  | **Masculin****Féminin** |  | **Âge :** | 0 -12  | **[ ]**  | **Commentaires** |
|  |  |  |  |  | 13-1718-21 | **[ ]**  |       |
|  |  |  |  |  | 22-54 | **[ ]**  |  |
|  |  |  |  |  | 55 et + | **[ ]**  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Type d’incapacité :** | [ ]  | Auditive | [ ]  | Intellectuelle | [ ]  | Visuelle  | [ ]  | Trouble du langage ou de la parole |
| [ ]  | Autisme | [ ]  | Physique | [ ]  | Problème de santé mentale | [ ]  | Trouble du spectre de l’autisme |

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

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

|  |
| --- |
| **\* 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, sont réelles 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 : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.** **Les demandes doivent être transmises par courrier électronique ou par la poste. Aucune demande reçue après le 30 novembre 23h59 ne sera acceptée.** |

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

L’organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, avant le **30 novembre 2019** à :

**ARLPH CENTRE DU QUÉBEC**

59, rue Monfette, local 236

Victoriaville (Québec) G6P 1J8

Téléphone : 819-758-5464

Courriel : direction@arlphcq.com

