



**ARLPHCQ**

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

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

**2020**

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

**[FORMULAIRE DE DEMANDE](#)**

*Éducation,  
Enseignement  
supérieur  
et Recherche*

**Québec** 

# Formulaire de demande d'assistance financière

## VOLET 2 : SOUTIEN À L'ACCOMPAGNEMENT

Date limite pour déposer une demande par courriel ou courrier, le **29 novembre 2019**

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@arlpqc.com](mailto:direction@arlpqc.com)**

Par courrier ou en personne : 59 rue Monfette, local 236, Victoriaville, QC, G6P 1J8

No séquentiel (à remplir par l'ARLPQC) :

### 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

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 dans le 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 des participants (es) (remplir 1 seul formulaire pour tous les 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 : M F	<input type="checkbox"/>	Âge : 0 -12 13-17 18-35 36-54 55 et +	Nombre de personnes jumelées :
	<input type="checkbox"/>		

Type d'incapacité :	<input type="checkbox"/> Auditive	<input type="checkbox"/> Intellectuelle	<input type="checkbox"/> Problème santé mentale	<input type="checkbox"/> Trouble du langage ou de la parole
	<input type="checkbox"/> Autisme	<input type="checkbox"/> Physique	<input type="checkbox"/> Visuelle	<input type="checkbox"/> 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

### 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 des participants (es)

### 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 :

<input type="checkbox"/>	Agressivité envers elle-même	<input type="checkbox"/>	Opposition régulière
<input type="checkbox"/>	Agressivité envers les autres	<input type="checkbox"/>	Problème de fugue
<input type="checkbox"/>	Opposition occasionnelle	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :

#### 2.9 Interventions particulières de l'accompagnateur

Interventions requises par l'accompagnateur :

<input type="checkbox"/>	Aide à l'orientation	<input type="checkbox"/>	Aide au transfert (fauteuil roulant)	<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :
<input type="checkbox"/>	Stimulation à la participation	<input type="checkbox"/>	Aide à l'alimentation	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	Soins d'hygiène et de santé	<input type="checkbox"/>	Rappel des consignes	<input type="checkbox"/>	

### 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) :**



## 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 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 2018 - « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec	<input type="checkbox"/>	Jointe	<input type="checkbox"/>	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 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 :			
AAAA – MM - JJ				
<p><b>IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés. Les demandes doivent être transmises par courriel, courrier ou en personne à nos bureaux</b></p>				

Merci de bien vouloir nous faire parvenir votre demande avant le

**29 novembre 2019**

Par courriel à [direction@arlyphcq.com](mailto:direction@arlyphcq.com)

Par courrier ou en personne :

**59 rue Monfette, local 236, Victoriaville, QC, G6P 1J8**

Pour toutes informations complémentaires 819-758-5464