

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **FORMULAIRE DE DEMANDE** |  |

VOLET 2 : SOUTIEN À L’ACCOMPAGNEMENT

***DATE LIMITE 30 JUIN 2021***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Renseignements généraux | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Nom de l’organisme : | |  | | | | | |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : | | |  | | | | |
| Adresse de correspondances | | | | | | | |
| Adresse : (numéro, rue) |  | | | Ville : |  | Code postal : |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Présidence ou mairie — Coordonnées au travail | | | | | | | | |
| *Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l’organisme ou au/à la mairie* | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Fonction : | Présidence | | |  | Mairie | |  | |
| Identification : | M. |  | Mme |  | Autre : |  | Préfère ne pas spécifier |  |
| Prénom : |  | | | | Nom : |  | | |
| Téléphone : |  | | | | | Poste : |  | |
| Autre téléphone : |  | | | | | Poste : |  | |
| Courriel : |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Personne autorisée à répondre pour l’organisme –  Coordonnées au travail | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | |
| Identification : | M. |  | Mme |  | Autre : |  | Préfère ne pas spécifier |  |
| Prénom : |  | | | | Nom : |  | | |
| Fonction : |  | | | | | | | |
| Téléphone : |  | | | | | Poste : |  | |
| Autre téléphone : |  | | | | | Poste : |  | |
| Courriel : |  | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nature de l’organisme | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Organisme de loisir à but non lucratif | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Municipalité | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Quel est le ratio d’accompagnement que votre organisme est en mesure d’offrir pour les personnes handicapées sans le soutien financer de ce programme ? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | 1 pour 1 | |  | 1 pour 2 | | |  | 1 pour 3 | |  | | 1 pour 4 | |  |  | | 1 pour 5 | | | | Aucun |
| Autre (préciser) : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 | |
| Autre (préciser) : | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  |  | |  |  | | |  |  | |  | |  | |  |  | | |  |  | | |
| ***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 | | | |
| Dans quels sites publics vos activités sont-elles organisées ?  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |
| Avec quels autres groupes avez-vous un projet d’intégration ?  Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | |
| 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 | | | | | | |
|  | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
|  | Adaptation de la programmation (programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne, etc.) | | | | | | |
|  | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
|  | Adaptation des activités (modification du rythme, adaptation du vocabulaire et des règles, etc.) | | | | | | |
|  | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
|  | Adaptation des bâtiments et de l’équipement (rampe d’accès, signalisation, lève-personne, etc.) | | | | | | |
|  | Précisez : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | |
| 1.3 Formation du personnel d’accompagnement | | | | | Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées | | |
|  | 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) | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | |
|  | Aucune formation. Pourquoi ? | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 2. Description les participants.es | | | | | | | | | | | | |
| Nombre de participant.es par sexe | | | | | | | | | | | | |
|  | Homme | | |  | | Femme | | |  | Non spécifié | | |
| Nombre de participants.es par groupe d’âge | | | | | | | | | | | | |
|  | | 0-4 |  | | 5-12 | |  | 13-17 | | |  | 18-21 |
|  | | 22-35 |  | | 36-54 | |  | 55 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) : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |

|  |
| --- |
| Autonomie de la personne handicapée  (Indiquer le nombre de personnes qui sont concernées par les propos suivants) |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 spéciale | | | | | | | | | |  | | | | | | | Oui | | | | |  | | | | | | Non | | | | | | | | | | |
| **2.4 Habillement** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| La personne a besoin d’aide 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) : | | | | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 | | | | | | | | | | | |  | | | | Diabète |
|  | | | |  | | Problème cardiaque | | | | | | | | | | | | | |  | | Problème respiratoire grave | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | Autre (préciser) : | | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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) : | | | | | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.9 Interventions particulières de l’accompagnateur** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Interventions requises par l’accompagnateur : | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Aide à l’orientation | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Aide au transfert (fauteuil roulant) | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Stimulation à la participation | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Aide à l’alimentation | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Soins d’hygiène et de santé | | | | | | | | | |  | | | | | | | | Rappel des consignes | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Autre (préciser) : | | | | | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Description des activités de loisir | | | |
| Description :Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | | |
| 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 |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’accompagnateur / accompagnatrice** | **Formation(s) complétée(s) + l’année \*** | **Nombre de personnes accompagnées** | **Nombre total**  **d’heures** | **Taux horaire** | **Totaux salaires accomp.** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |  |

\*Par exemple : CACDJ – 2021.

Les formations demandées pour être admissible au programme sont soit la Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées (FACC), soit la Certification en accompagnement camp de jour (CACDJ), soit une formation jugée équivalente (par exemple diplôme d’étude professionnelle). Le comité d’analyse régional est responsable de juger de l’équivalence.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 4. Renseignements sur la police d’assurance | | | |
|  | | | |
| Nom de la compagnie : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | | |
| Numéro de la police : |  | Date d’expiration de la police : | AAAA-MM-JJ |
| Montant de la protection pour l’assurance responsabilité civile : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | |

|  |
| --- |
| 5. 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 pourrons traiter votre demande. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Pièces à joindre | Organisme | | | Municipalité | | | |
| Rapport d’évaluation, si une subvention a été reçue l’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 première demande ou d’un changement des lettres patentes | |  | Jointe  Transmise | |  | Ne s’applique pas | |
| Copie de la plus récente déclaration annuelle — « 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 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 | |

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