****

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

**2019**

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

**RAPPORT D’ÉVALUATION**

31 octobre 2019 – Rapport d’étape

31 mars 2020 – Rapport final



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1. **Renseignements généraux** | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’organisme :** | |  | | | | | | | | |
| **Adresse de correspondance** | | | | | | | | | | |
| **Adresse** (numéro, rue et ville) : | | | |  | | | | | **Code postal :** |  |
| 1. **Personne autorisée à répondre pour l’organisme – Coordonnées** | | | | | | | | | | |
| **Nom :** |  | | | | | **Prénom :** |  | | | |
| **Fonction :** |  | | | | | | | | | |
| **Téléphone :** |  | | **Poste :** | |  | **Courriel :** | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. Description du/des participant(es)** | | | | | | | | |
| **3.1. Combien de personnes handicapées ont pu être soutenues grâce à ce programme?** | | | | | | | | |
| **3.2. Pour combien de personnes aviez-vous demandé une aide financière pour 2019-2020?** | | | | | | | | |
| **3.3. Quel est le nombre d’heures d’activités totales réalisées?** | | | | | | | | |
| **3.4. Incapacités:** |  | Auditive |  | Intellectuelle |  | Problème santé mentale |  | Trouble du langage ou de la parole |
|  |  | Autisme |  | Physique |  | Visuelle |  | Trouble du spectre de l’autisme |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3.5. Profil des participants** | | | |
| **Âge /Sexe** | **Hommes** | **Femmes** | **Total** |
| 0-12 ans |  |  |  |
| 13-17 ans |  |  |  |
| 18-35 ans |  |  |  |
| 36-54 ans |  |  |  |
| 55 ans et plus |  |  |  |
| **Grand total** |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **4.Dépenses reliées au projet** | |
| Aide financière reçue par ce programme |  |
| Nombre total d’accompagnateur(s) engagés |  |
| Taux horaire alloué à l’accompagnateur |  |
| Nombre d’heures totales d’accompagnement effectuées par le  ou les accompagnateur(s) |  |
| Montant total de salaire versé pour l’accompagnement |  |
| Autres dépenses pour permettre l’accompagnement |  |
| **Total des dépenses pour le projet** |  |
| Montant supplémentaire déboursé par l’organisme pour réaliser le projet |  |
| Contribution des participants et/ou des parents excluant le coût d’inscription |  |
| Autres revenus, précisez la source : |  |
| **Total des revenus** |  |

***Note :*** *Le montant total des dépenses doit être égal au montant total des revenus*

|  |
| --- |
| **5. Accompagnateur** |
| **5.1. Comment qualifieriez-vous le recrutement cette année ?**  Très facile  Facile  Normal  Difficile  Très difficile |
| **5.2. Quel organisme a donné la formation?** |
| **5.3. Quel type de formation?** |
| **5.4. Combien d’heures comportait la formation?** |
| **5.5. Nombre d’accompagnateurs ayant suivi la formation Diplôme d’Aptitude aux Fonctions d’Animateur (DAFA)?** |
| **5.6. Nombre d’accompagnateurs ayant suivi la Formation nationale en accompagnement (FACC)?** |

|  |
| --- |
| **6. Personnes handicapées** |
| **6.1. L’organisme a-t-il dû apporter des modifications importantes à l’activité afin de l’adapter à la clientèle?**  Oui  Non |
| **6.2. Si oui, cela a été :** Très facile  Facile  Normal  Difficile  Très difficile |
| **6.3. Commentaires :** |
| **6.4. Dans l’ensemble, la ou les personne(s) handicapée(s) semblait(aient)?**  Très insatisfaite(s)  Insatisfaite(s)  Neutre(s)  Satisfaite(s)  Très satisfaite(s) |
| **6.5. Commentaires :** |

|  |
| --- |
| **7. Commentaires généraux et recommandations** |
| **7.1. Commentaires généraux :** |
| **7.2. Recommandations :** |

|  |
| --- |
| **8. Déclaration de conformité du rapport** |
| **Je confirme qu’à ma connaissance et selon les informations dont je dispose au moment de remplir cette demande que toutes**  **les informations contenues dans ce rapport sont exactes** |
| **Nom :** |
| **Prénom :** |
| **Fonction :** |
| **Signature électronique : (Nom en lettres moulées ou scan de la signature) :** |

Merci de bien vouloir nous faire parvenir ce rapport d’évaluation avant le

**31 octobre 2019 pour le rapport d’étape**

**31 mars 2020 pour le rapport final**

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

Pour toutes informations complémentaires, vous pouvez nous contacter au 819-758-5464