****

**Formulaire de demande d’assistance financière au loisir des personnes handicapées 2015-2016: Volet soutien à l’accompagnement**

**Date limite pour déposer une demande le 31 mars 2015**

Le cachet de la poste faisant foi.

L’aide financière sera accordée sous réserve de l’approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor.

|  |  |
| --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’URLS ou l’ARLPH) : |  |
|  |  |  |
| **Renseignements généraux** |
|  |  |  |
| **Nom de l’organisme :**  |       |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :**  |       |
|  |
| **Adresse de correspondance**  |
| **Adresse** (numéro, rue et ville) : |       | **Code postal :** |       |
|  |  |  |
| **Présidence ou mairie – Coordonnées au travail** |
|  |  |  |
|  **Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l’organisme ou au maire ou à la mairesse.** |
|  |  |  |
| **Sexe :** | M. | [ ]  | Mme[ ]  | **Fonction :** | [ ]  | Président(e) | [ ]  | Mairesse/maire |
|  |  |  |  |
| **Nom :** |  | **Prénom :** |  |
| **Téléphone :** |  | **Poste :** |  | **Télécopieur :** |  |
| **Autre téléphone :** |  | **Poste :** |  | **Courriel :** |  |
|  |  |  |
| **Personne autorisée à répondre pour l’organisme – Coordonnées au travail** |
| **Nom :**  |       | **Prénom :** |       |
| **Fonction :** |       |
| **Téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Télécopieur :** |       |
| **Autre téléphone :** |       | **Poste :** |       | **Courriel :** |       |

Géré en collaboration : ARLPH et RLS



|  |
| --- |
| **Nature de l’organisme** |
|  |  |  |
| [ ]  | **Municipalité ou arrondissement** | **[ ]**  | **Organisme de loisir à but non lucratif** |
| [ ]  | **Conseil de bande** | **[ ]**  | **Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées** |
| [ ]  | **Village nordique** | **[ ]**  | **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 soutienfinancier de ce programme? |
| [ ]  | 1pour 1 | [ ]  | 1pour 2 | [ ]  | 1pour 3 | [ ]  | 1pour 4 | Autre (préciser) |  | [ ]  | Aucun |
| Quel est le **ratio d’accompagnement demandé** dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées? |
| [ ]  | 1pour 1 | [ ]  | 1pour 2 | [ ]  | 1pour 3 | [ ]  | 1pour 4 | Autre (préciser) |  |
|  |
| **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** | Actions prévues pour faciliter la participation de la personne handicapée à l’activité choisie. |
| **Dans quels sites publics** vos activités sont-elles organisées? (ex. : festival, piscine publique, théâtre) **Précisez**      |
| **Si la personne handicapée est intégrée dans un groupe régulier, dites nous les moyens utilisés afin de faciliter son intégration?**       |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.2 Adaptation** | Identifiez les mesures particulières pour faciliter l’intégration sociale de la personne handicapée |
| **Achat ou fabrication de matériel adapté** (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles) **Précisez**      |
| **Adaptation de la programmation** (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne) **Précisez** |
| **Adaptation des activités** (modifications du rythme des activités, définition des activités en fonction des capacités physiques ou intellectuelles de la personne (ex. : festival, piscine publique, théâtre) **Précisez**      |
| **Adaptation des bâtiments et de l’équipement** (ex. : rampe d’accès, signalisation, lève-personne) **Précisez**      |
|  |  |  |
| **1.3 Formation du personnel d’accompagnement** | Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par : |
| [ ] ARLPH Saguenay Lac- Saint-Jean : Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées  |
| [ ]  Autre (préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| [ ]  Aucune formation prévue, pourquoi? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      |

**Vous pouvez reproduire ces pages au besoin selon le nombre d’activités prévues**

|  |
| --- |
| **Chaque personne ne peut présenter plus d’une demande d’accompagnement par année dans le cadre de ce programme. Pour chaque activité veuillez remplir un formulaire pour l’ensemble du groupe en nous indiquant le nombre.** |

|  |
| --- |
| **Description de l’activité**  |
| Description :       |
| **Date de début :** |  | **Date de fin :** |       |
|  | AAAA – MM - JJ |  | AAAA – MM - JJ |
| **Nombre d’heures (minimum 40 heures maximum 240 heures) :** |       |

|  |
| --- |
| **2. Description de ou des participant (s)** |
| **Identification** |
| **Sexe :** \_\_\_\_\_ **Masculin** \_\_\_\_\_\_ **Féminin** | **Cette personne sera-t-elle jumelée?** | **Oui** | **\_\_\_** | **Non** | \_\_\_ |
| **Âge :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Groupe d’âge**  | **Nb de participants**  |
| **Enfants (0-12)** |  |
| **Ados (13-17)** |  |
| **Adultes (18-54)** |  |
| **Aînés (55 et plus)** |  |

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

|  |
| --- |
| **Autonomie de la personne handicapée** (répondre à toutes les questions) Indiquer le nombre.  |
| **2.1 Communication** |
| Langage utilisé : | \_\_\_ | parlé | \_\_\_ | gestuel | \_\_\_ | non verbal | \_\_\_\_\_ |  un appareil de communication |
| **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 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) :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_      |

|  |
| --- |
| **2. Description de la participante ou du participant (suite)** |

|  |
| --- |
| **Autonomie de la personne handicapée** (répondre à toutes les questions) Indiquer le nombre. |
| **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) :       |
| **2.8 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) : |
| **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 | \_\_\_ | autre (préciser) : |
|  |

|  |
| --- |
| **3. Coût de l’accompagnement** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité no** | **Nombre****d’accompagnateurs requis** | **Nombre d’heures****effectuées** | **Nombre total****d’heures** | **Taux horaire****Suggéré 12$**  | **Total** |
| Ex : **Activité #1** | 2      | 220 | 440 | 12$ | 5280$ |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
|       |       |       |       |       |       |
| **Total** |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **4. Renseignements sur la police d’assurance** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la compagnie:**  |       |
| **Numéro de la police :**  |  | **Date d’expiration de la police :** |       |
|  AAAA – MM - JJ |
| **Montant de la protection pour l’assurance responsabilité civile :** |       |

|  |
| --- |
| **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 reçuel’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 obligatoire | [ ] [ ]  | jointetransmise | [ ]  | Ne s’applique pas |
| Copie de la déclaration annuelle 2014 - « Personne morale »délivrée par le Registraire des entreprises du Québec | [ ]  | jointe | [ ]  | Ne s’applique pas |
| Description de l’organisme | [ ]  | dépliant | [ ]  | Ne s’applique pas |

|  |
| --- |
| **6. Responsabilité de l’organisme** |

|  |
| --- |
| Nous certifions que notre demande adressée 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 Saguenay Lac-Saint-Jean 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 courrier postal seulement. Aucune demande par télécopieur ou par courrier électronique ne sera acceptée.**

**Pour plus d’informations,** n’hésitez pas à contacter Mme Manon Blackburn au 418 545-4132.

L’organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, avant le **31 mars 2015** à :

ARLPH Saguenay Lac Saint-Jean

138, rue Price Ouest local 107

Chicoutimi (Québec)

G7J 1G8