

Formulaire de demande d'assistance financière au loisir des personnes handicapées 2017-2018: *Volet soutien à l'accompagnement*

Date limite pour déposer une demande le **31 mars 2017**

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 :	

1.2 Adaptation	Identifiez les mesures particulières pour faciliter l'intégration sociale de la personne handicapée.
<p>Achat ou fabrication de matériel adapté (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles). Précisez :</p>	
<p>Adaptation de la programmation (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne). Précisez :</p>	
<p>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 :</p>	
<p>Adaptation des bâtiments et de l'équipement (ex. : rampe d'accès, signalisation, lève-personne). Précisez :</p>	

1.3 Formation du personnel d'accompagnement	Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par :
<p>ARLPH Saguenay Lac- Saint-Jean : Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées</p> <p>Autre (préciser) :</p> <p>Aucune formation prévue, pourquoi?</p>	

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 de personnes pour chaque catégorie.

Description de l'activité			
Description :			
Date de début :		Date de fin :	
	<i>(AAAA – MM – JJ)</i>		<i>(AAAA – MM – JJ)</i>
Nombre d'heures (minimum 40 heures maximum 240 heures) :			

2. Description de ou des participant (s)	
Identification	
Sexe : <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	Cette personne sera-t-elle jumelée? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>

Âge :

Groupe d'âge	Nb de participants
<i>Enfants (0-12)</i>	
<i>Ados (13-17)</i>	
<i>Adultes (18-54)</i>	
<i>Aînés (55 et plus)</i>	

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 de personnes à chaque catégorie.				
2.1 Communication				
Langage utilisé :	Parlé	Gestuel	Non verbal	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 à chaque catégorie.**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 \$	5 280 \$
Total					

4. Renseignements sur la police d'assurance

Nom de la compagnie:			
Numéro de la police :		Date d'expiration de la police :	
<i>(AAAA – MM – JJ)</i>			
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 pourrions 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 obligatoire	Jointe Transmise	Ne s'applique pas
Copie de la déclaration annuelle - « 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 2017** à :

ARLPH Saguenay Lac Saint-Jean
138, rue Price Ouest local 107
Chicoutimi (Québec)
G7J 1G8

Imprimer

Enregistrer