****

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**D’ASSISTANCE FINANCIÈRE**

**Programme d’assistance financière au loisir des personnes handicapées 2022-2023 (PAFLPH)**

**\*\*Accordée sous réserve de l’approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor\*\***

**Volet 1 - Accompagnement**

Seules les dépenses pour l’embauche d’accompagnateurs sont admissibles.

**Date limite pour déposer une demande : le 20 juin 2022**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | | | |
| **No séquentiel** (à remplir par l’ARLPH) : | |  | |
| **Date de réception :** | |  | |
|  | | | |
| Renseignements généraux | | | |
| **Nom de l’organisme :** | | | |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :** | | | |
| **Adresse complète** : | | | |
| Présidence ou mairie — Coordonnées au travail | | | |
| **Important : La correspondance sera adressée à la présidence de l’organisme ou au maire/ mairesse.** | | | |
| **Fonction :** Président(e) Maire /mairesse | | | |
| **Sexe :**  M.  Mme | | | |
| **Nom et prénom :** | | | |
| **Téléphone :** | **Poste :** | | **Téléphone 2 :** |
| **Courriel :** | | | |
|  | | | |
| Personne autorisée à répondre pour l’organisme — Coordonnées au travail | | | |
| **Sexe :** M.  Mme | | | |
| **Nom et prénom :** | | | |
| **Fonction :** | | | |
| **Téléphone :** | **Poste :** 6 | | **Téléphone 2 :** |
| **Courriel :** | | | |

|  |
| --- |
| Nature de l’organisme |
| **Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées**  **Organisme de loisir à but non lucratif**  **Municipalité ou ville**  **Autres \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| Ce programme est une initiative du ministère de l’Éducation et l’Enseignement supérieur (MEES), sous la responsabilité de l’Association régionale de loisirs pour personnes handicapées de la Côte-Nord, à titre de gestionnaire pour la région de la Côte-Nord |

|  |
| --- |
| Ratio d’accompagnement |
| **Sans le soutien financier de ce programme**, quel est le **ratio d’accompagnement** que votre organisme est en mesure d’offrir aux personnes ayant une limitation fonctionnelle ? (Vous pouvez cocher plus d’une réponse). |
| 1 pour 1  1 pour 2  1 pour 3  1 pour 4  1 pour 5  Aucun Autre (précisez) : |
| **Dans le cadre de ce programme**, quel est le **ratio d’accompagnement demandé** pour les personnes ayant une limitation fonctionnelle ? (Vous pouvez cocher plus d’une réponse). |
| 1 pour 1  1 pour 2  1 pour 3  1 pour 4  1 pour 5  Aucun Autre (précisez) : |
| **IMPORTANT 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. |
|  |
| Quelle formation offrez-vous au personnel d’accompagnement engagé ? |
| [Certification en accompagnement camp de jour](https://www.aqlph.qc.ca/formations/nos-formations/certification-en-accompagnement-camp-de-jour/)  [Formation nationale en accompagnement en loisir pour les personnes handicapées (FACC)](https://www.aqlph.qc.ca/formations/nos-formations/formation-nationale-en-accompagnement-en-loisir-des-personnes-handicapees/)  ☐ Sensibilisation « Mieux comprendre la différence pour mieux agir »  Autre (précisez) : |
| |  | | --- | | Vérification des antécédents judiciaires |   Je fais effectuer la vérification des antécédents judiciaires à tous les nouveaux accompagnateurs  oui  Non, Pourquoi ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Le saviez-vous ?   * Des formations de toutes sortes sont disponibles pour les accompagnateurs et autres, visitez   <https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/formations/nos-formations/>   * Un guide de référence [Vers une intégration réussie dans les camps de jour](https://camps.qc.ca/fr/gestionnaires-de-camps/vers-une-integration-reussie/) a été produit par l’AQLPH et est disponible en ligne. Il s’agit d’un outil de référence pour évaluer et améliorer le niveau d’intégration de votre organisme. * L'ARLPH CN adhère à [l'Avis sur l'éthique en loisir et en sport](http://www.zlm.qc.ca/pdf/EthiqueLoisirSport_Avis.pdf) publié par le ministère de l'Éducation et de l'Enseignement supérieur et invite tous ses partenaires et organismes membres à faire de même.   **Nous avons adhéré à l’Avis sur l’éthique en loisir et en sport.** |

|  |
| --- |
| **Intégration sociale** |
| Actions prévues ou effectuées par l’organisme pour soutenir l’intégration |
| **Vos activités sont-elles organisées dans des sites publics ?**  (ex. : festival, piscine publique, théâtre)  Oui  Non  Précisez : |
| **Avez-vous des projets d’intégration avec d’autres groupes ?** (Avec qui ? Quelles activités ?)  Oui  Non  **Quels sont les moyens utilisés afin de faciliter son intégration?**  Précisez : |
| **Vos projets sont de quels types :**   Camp de jour  Physiquement actif  Ni l’un ni l’autre |
| **Dans quels types de loisirs les classez-vous ?**  Actif  Culturel  Plein air  Socioéducatif  Touristique  Autre |

|  |
| --- |
| Adaptation |
| Identifier les mesures particulières pour faciliter l’intégration sociale de la personne en milieu régulier |
| **Achat ou fabrication de matériel adapté** (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles)  Oui  NonPrécisez : |
| **Adaptation de la programmation** (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne)  Oui  Non Précisez : |
| **Adaptation des activités** (modifications du rythme des activités, activités en fonction des capacités physiques ou intellectuelles de la personne)  Oui  Non Précisez : |
| **Adaptation des bâtiments et de l’équipement** (ex. rampe d’accès, signalisation, lève-personne)  Oui  Non Précisez : |

|  |
| --- |
| Description de l’activité |
| Veuillez remplir un formulaire pour l’ensemble du groupe en nous indiquant le nombre de personnes pour chaque catégorie. |

|  |
| --- |
| **Décrivez l’activité ou les activités où l’accompagnement est nécessaire:** |
| Date de début       Date de fin : |

|  |
| --- |
| Informations sur les participants ou les participantes  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) |
| **Nombre de participants par groupe d’âge :**  0-12 ans  13-17 ans  18-21 ans  22 -54 ans  55 ans et + |
| **Nombre de participants par sexe :**  Masculin  Féminin |
| **Ces personnes seront-elles jumelées ?**  Oui  Non |
| **Types d’incapacité :**  Auditive  Intellectuelle  Visuelle  TDA / TDAH  Verbale  Trouble de santé mentale  Motrice  Trouble du spectre de l’autisme  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Coût de l’accompagnement | | | | | | | | | | | | | |
| **Participant no.** | | **Nombre**  **d’accompagnateurs**  **(et non d’animateurs)** | |  | **Nombre d’heures effectuées par l’accompagnateur** |  | **Nombre total d’heures** | |  | **Taux**  **Horaire**  **(sal. Min.)** | |  | **Total** |
| Exemple : 1 | | 4 | | x | 320 | = | 1 280 | | x | 14,25 $ | | = | 18 240 $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | ~~$~~ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | |  | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | | x | 14,25 $ | | = | $ |
| **TOTAL :** | |  | | x |  | = |  | | x |  | | = |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |
| **Nombre total d’accompagnateurs demandés** | | | | | |  | |  | | |  | | |
| Au temps de compléter le rapport d’utilisation et pour les fins de dossiers, l’ARLPHCN transmettra un reçu au demandeur  pour signature et dépôt d’une pièce justificative du montant total utilisé pour l’embauche de ou des accompagnateurs. | | | | | | | | | | | | | |
| 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 :** | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Pièces à joindre obligatoirement\* |
| **\*Pour que votre demande soit admissible,** vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessous. En l’absence d’un de ces documents, nous ne pourrons traiter votre demande. |
| **Rapport d’utilisation, si une subvention a été reçue l’année précédente**  Déjà transmis (via sentinelle)  Suivra à la fin de l’activité le :  Aucune demande faite l’année précédente |
| **Photocopie des lettres patentes dans le cas d’une première demande ou d’un changement aux documents**  Jointe  Déjà transmise  Ne s’applique pas |
| **Photocopie de la déclaration annuelle « Personne morale » délivrée par le Registraire des entreprises du Québec**  Jointe  Ne s’applique pas |
| **Description de l’organisme et programme des activités**  Veuillez joindre votre programmation s’il y a lieu |
| Engagement de l’organisme demandeur |
| L’organisme demandeur s’engage à :   * Soutenir l’intégration sociale de la personne dans ses programmes de loisir ; * Évaluer les besoins d’accompagnement nécessaires ; * Assumer les responsabilités légales quant à la sélection, à l’embauche, à la rémunération et à l’encadrement du personnel d’accompagnement ; * Assumer les responsabilités liées à la formation du personnel d’accompagnement ; * **Vérifier les antécédents judiciaires des accompagnateurs embauchés;** * **Remplir le rapport d’utilisation de la subvention via la plateforme Sentinelle avant le 15 avril 2023.**   (Le rapport de l’année précédente devait être déposé d’ici le 30 avril 2022 avant de pouvoir soumettre une nouvelle demande d’aide financière), svp le faire le plus vite possible si ce n’est déjà fait.   * Du 31 mars au 15 avril 2023, rembourser les sommes non dépensées à l’ARLPH Côte-Nord. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Signataire | | |
| **J’atteste que toutes les informations fournies dans cette demande sont véridiques.** | | |
| **Nom et prénom :** | | |
| **Fonction :** | | |
| **Signature :** | **Date :** |  |
|  | | |
| **IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.** | | |

Pour obtenir plus de renseignement concernant le dépôt d’une demande d’aide financière, veuillez communiquer avec Mme Céline Archambault au 418-589-5220 ou sans frais au 1-800-589-5220.

|  |
| --- |
| **Date limite pour déposer une demande** |

**La ville, la municipalité ou l’organisme doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, avant le 20 juin 2022 à** [**celine.archambault@arlphcn.com**](mailto:celine.archambault@arlphcn.com)**.**

**Le rapport d’utilisation devra être soumis avant le 15 avril 2023.** Le document vous sera envoyé à temps opportun.