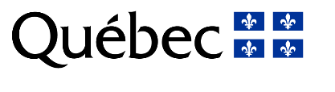
**Formulaire de demande - Programme d’assistance financière au loisir**

**des personnes handicapées - Volet accompagnement**

**(PAFLPH-1) 2023-2024**



|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’URLS ou l’ARLPH) : | | | | | | |  | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Renseignements généraux** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’organisme :** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Numéro d’entreprise Québec (NEQ) :** | | |  | | | | | | | | | | |
| **Adresse :** |  | | **Ville :** | |  | | | **Code postal :** | | | |  | |
| **Téléphone :** |  | | **Courriel général :** | |  | | | | | | | | |
| **Site web :** | | |  | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Personne-ressource** | | | | | | | | | | | | | |
| **Prénom :** |  | | | **Nom :** | |  | | | | | | | |
| **Titre :** |  | | | | | | | | | | | | |
| **Courriel :** |  | | | **Téléphone :** | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Type d’organisme** | | | | | | | | | | | | | |
| **Organisme à but non lucratif pour personnes handicapées** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Organisme à but non lucratif** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Ville, municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Autres, spécifiez :** | |  | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **Type de projet** | | | | | | | | | | | | | |
| **Camp de jour (incluant les activités régulières de loisir de style centre de jour offertes aux jeunes de 21 ans**  **et moins)** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Physiquement actif (excluant les camps de jour)** | | | | | | | | | | | | |  |
| **Ni l’un ni l’autre** | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |  |
| **Projet** | | | | | | | | | | | | | |
| **Est-ce que le projet aura lieu au Québec?** | | | | | | | | | **Oui** |  | **Non** | |  |
| **Est-ce que le projet sera réalisé entre le 1er avril 2023 et le 31 mars 2024?** | | | | | | | | | **Oui** |  | **Non** | |  |
| **Est-ce que la vérification des antécédents judiciaires du personnel d’accompagnement**  **sera effectuée?** | | | | | | | | | **Oui** |  | **Non** | |  |
| **Est-ce que les accompagnateurs seront formés en accompagnement ou autre formation équivalente?** | | | | | | | | | **Oui** |  | **Non** | |  |

|  |
| --- |
| **1. Actions prévues ou effectuées par l’organisme pour soutenir l’intégration de la personne handicapée** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 Intégration sociale** | **Actions prévues ou déjà accomplies 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) | |
|  | |
| **Avec quels autres groupes avez-vous un projet d’intégration?** | |
|  | |
| **1.2 Adaptation** | **Identifiez les mesures particulières pour faciliter l’intégration sociale de la personne handicapée**  **en milieu régulier concernant l’adaptation** |
| **Achat ou fabrication de matériel adapté** (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles) | |
|  | |
| **Adaptation de la programmation** (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne) | |
|  | |
| **Adaptation des activités** (modifications du rythme des activités, définition des activités en fonction des capacités  physiques ou intellectuelles de la personne) | |
|  | |
| **Adaptation des bâtiments et de l’équipement** (ex. : rampe d’accès, signalisation, lève-personne) | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.3 Formation du personnel d’accompagnement** | | | **Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par :** |
|  | Zone Loisir Montérégie : *Certification en accompagnement camp de jour* | | |
|  | Autre (précisez) |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Coût de l’accompagnement** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Nombre de participants**  **(selon les jumelages)** | **Nombre d’accompagnateurs**  **et non d’animateurs** |  | **Nombre d’heures prévues**  **(minimum de 40 heures pour être admissible)** |  | **Nombre total d’heures** | **Taux horaire** | **Total** |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **2.1 Nombre total d’accompagnateurs** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **3. Renseignements sur la police d’assurance** | | | |
|  | | | |
| **Nom de la compagnie :** |  | | |
| **Numéro de la police :** |  | **Date d’expiration de la police :** |  |
| **Montant de la protection pour l’assurance responsabilité civile :** | |  | |

|  |
| --- |
| **4. 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. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pièces à joindre** | **Organisme** | | | **Municipalité** | |
| Rapport d’évaluation, si une subvention a été reçue  l’année précédente |  | Joint | | | |
|  | Transmis | | | |
|  | Le 30 septembre 2022 pour les demandes en camp de jour et le 28 février 2023 pour les activités à l'année. | | | |
|  |  | 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 |  | | Ne s’applique pas |
|  |  | Transmise |  | |  |
| Copie de la déclaration annuelle 2022 - « Personne morale »  délivrée par le Registraire des entreprises du Québec |  | Jointe |  | | Ne s’applique pas |
| Description de l’organisme |  | Dépliant |  | | Ne s’applique pas |

|  |
| --- |
| **5. Responsabilités de l’organisme** |

|  |
| --- |
| Nous certifions que la demande adressée par notre ville, municipalité ou organisme afin d’obtenir une aide financière pour payer les frais d’un service d’accompagnement lors d’une activité de loisir est réelle et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l’aide financière demandée est accordée à notre ville, municipalité ou organisme, nous nous engageons à l’utiliser dans le respect des exigences prévues au Programme, soit :     * **embaucher, rémunérer, former et encadrer le personnel accompagnateur;** * **effectuer la vérification des antécédents judiciaires du personnel accompagnateur;** * **rendre disponible le ratio 1 pour 1, 1 pour 2 et 1 pour 3;** * **remplir le rapport d’utilisation de la subvention et le transmettre à Zone Loisir Montérégie dans les délais prescrits;** * **embaucher le nombre d’accompagnateurs pris en compte dans le calcul de la subvention ou rembourser Zone Loisir Montérégie, puisque ce nombre entraîne des répercussions sur l’ensemble de la Montérégie;** * **date limite pour déposer une demande : 28 avril 2023.** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signataire** | | | | | |
| **Prénom :** |  | **Nom :** |  | **Fonction :** |  |
| **Signature :** |  | | | **Date :** |  |

**notes**

**Les formulaires incomplets ne seront pas analysés, seuls ceux dûment remplis et signés le seront. Transmettre par courriel seulement, avant le 28 avril 2023 à :** [**ibonin@zlm.qc.ca**](mailto:ibonin@zlm.qc.ca)**. Pour plus d’informations, veuillez contacter madame Louise Lacasse au 450 771-0707, poste 3.**

Pour plus d’informations, veuillez contacter madame Louise Lacasse au 450 771-0707, poste 3.