

**PROGRAMME D’ASSISTANCE FINANCIÈRE**

**D’ACCOMPAGNEMENT EN LOISIR POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES**

**(PAFLPH)**

**2018-2019**



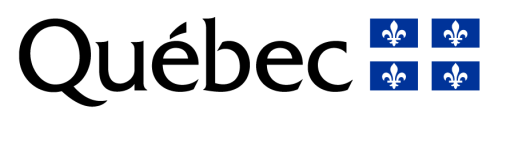
**Prenez note :**

* Le cachet de la poste ou la date de la réception du courriel faisant foi.
* L’aide financière sera accordée sous réserve de l’approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor.

**DATE LIMITE POUR DÉPOSER UNE DEMANDE : LE 17 MAI 2018**

**avec la collaboration financière de :**

****

****

**RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX**

|  |
| --- |
| **Nom de l’organisme :** |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :** |
| **Type d’organisme :**  **OBNL :**  **OBNL pers. Hand. :**  **Municipalité/ Ville :** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Adresse de correspondance** | | |
| Nom de la personne responsable : | | |
| Numéro : | Rue : | |
| Ville : | | Code postal : |
| Numéro de téléphone : | | Courriel : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Description des participants** | |
| **Nombre de participants**  **par groupe d’âge** | |
| **0-12 ans** |  |
| **13-17 ans** |  |
| **18-35 ans** |  |
| **36-54 ans** |  |
| **55 ans et +** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Provenance et nombre des participants** | |
| **Provenance** | **Nombre de participants**  **(approximatif)** |
| Trois-Rivières |  |
| Shawinigan |  |
| La Tuque |  |
| MRC des Chenaux |  |
| MRC de Mékinac |  |
| MRC de Maskinongé |  |

|  |
| --- |
| **Type d’incapacité** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Auditive |  | Intellectuelle |  | Trouble de déficit de l’attention avec ou pas hyperactivité (TDAH) |  | Trouble du langage ou de la parole |
|  | Autisme |  | Physique |  | Visuelle |  | Trouble du spectre de l’autisme |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Ratio d’encadrement**  **Quel est le ratio d’accompagnement demandé dans le cadre du programme pour les personnes handicapées ?** | | |
| 1/1 | 1/2 | 1/3 |
| 1/4 | 1/5 | 1/6 |

**VOLET ACCOMPAGNEMENT**

|  |
| --- |
| **Description de l’activité** |
| Description de l’activité offerte dans le programme d’accompagnement. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Accompagnateurs** | |
| Nombre d’accompagnateurs embauchés |  |
| Nombre d’heures total que vos accompagnateurs vont effectuer : |  |
| Taux horaire de l’accompagnateur : | **$** |
| Total des coûts en accompagnement : | **$** |
| Autres sources de financement (s’il y a lieu)  Énumérez : | **$** |
| Montant pour autres frais (facultatif)\*  \*Les montants seront nécessaires lors du rapport d’accompagnement  Spécifiez les dépenses : | **$** |
| **TOTAL** | **$** |
| **Montant demandé par votre organisme pour le VOLET ACCOMPAGNEMENT** | **$** |

|  |
| --- |
| **Formations des accompagnateurs** |
| Nombre d’accompagnateurs qui ont reçu une formation ? |
| Nombre d’accompagnateurs qui vont recevoir une formation ? |
| **Les accompagnateurs ont suivi ou vont recevoir quelle formation?**   * Formation nationale en accompagnement (FACC) : * Le Diplôme d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (DAFA) : * Autres spécifiez : |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Pièce à joindre** | | | |
| Rapport d’évaluation, si une subvention a été reçue l’année précédente |  | Joint | |
|  | Transmis | |
|  | Suivra à la fin de l’activité le : |  |
|  |  | Aucune demande faite l’année dernière | |
| Copie des lettres patentes |  | Jointe | |
|  | Transmis | |
| Copie de la déclaration annuelle 2016 –  « Personne morale» délivrée par le Registraire des entreprises du Québec |  |  | |
| Copie du rapport annuelle de la dernière année |  |  | |

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

**Pour plus d’informations, n’hésitez pas à contacter**

**Hélène Houde au 819-691-3075 # 6538 ou par courriel : helene.houde@urlsmauricie.com**