

**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 : | **$** |
| Montant pour autres frais (facultatif)\*\*Les montants seront nécessaires lors du rapport d’accompagnementSpécifiez les dépenses : | **$** |
| **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**