

**PROGRAMME D’ASSISTANCE FINANCIÈRE**

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

**(PAFLPH)**

**2020-2021**

**2e appel de projet**



* 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.

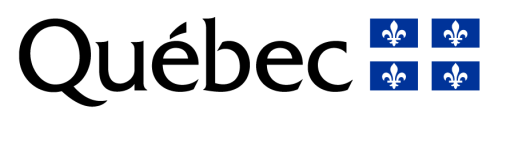
**Prenez note :**

**DATE LIMITE POUR DÉPOSER UNE DEMANDE :**

**LE 23 OOCTOBRE 2020**

**avec la collaboration financière de :**

****

****

**Objectif :**

Favoriser l’accessibilité du loisir aux personnes handicapées afin d’augmenter leur participation à des activités de loisir en contribuant financièrement à l’offre d’un service d’accompagnement

**Admissibilités des demandes :**

L’organisme doit être :

* Un organisme à but non lucratif, doit posséder un numéro d’entreprise du Québec (NEQ) au Registre des entreprises du Québec;
* Une municipalité, une ville.

**Critères d’admissibilité :**

* Les organismes à mission loisir exclusive : le soutien à des orientations et activités découlant de la mission loisir;
* Viser l’embauche du personnel d’accompagnement et être versé pour le salaire de l’accompagnateur ou l’accompagnatrice;
* Viser la pratique d’activité de loisir actif, culturel, de plein air ou socioéducatif par des personnes handicapées;
* Le déroulement de l’activité doit avoir lieu en Mauricie;
* Être réalisé pendant l’année financière pour laquelle l’aide financière a été octroyée.

**Dépenses non admissibles**

* Frais autres que le salaire de l’accompagnateur ou l’accompagnatrice

**Obligations du bénéficiaire :**

* Réaliser le projet pendant l’année financière pour laquelle l’aide financière a été octroyée;
* Effectuer la vérification des antécédents judiciaires du personnel d’accompagnement;
* Au plus le 30 avril, remplir annuellement un Rapport d’utilisation de l’aide financière sur la plateforme Web « Sentinelle»;
* Retourner les sommes non utilisées, s’il y a lieu;
* Assurer les responsabilités quant à la sélection, l’embauche, l’encadrement et à la rémunération du personnel d’accompagnement;
* S’assurer que son personnel d’accompagnement ait un minimalement reçu la Formation nationale en accompagnement en loisir pour les personnes handicapées (FACC) ou Certification en accompagnement camp de jour de l’Association québécoises des personnes handicapées (AQLPH) ou qu’il ait reçu une formation équivalente.

**Définition accompagnateur :**

S’effectue par une personne dont la participation est nécessaire pour le soutien et de l’aide qu’elle apporte exclusivement à une ou plusieurs personnes handicapées. Cette mesure de compensation facilite la participation de la personne handicapées à une activité de loisir, de sport, plein air et camp de jour. Cette assistance n’est normalement pas requise par la population pour la réalisation de l’activité.

**FORMULAIRE DE DEMANDE 2020-2021**

**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 : | | |
| Adresse : | Rue : | |
| Ville : | | Code postal : |
| Numéro de téléphone : | | Courriel : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de participants par groupe d’âge qui a besoin d’accompagnement** | |
| **0-12 ans** |  |
| **13-17 ans** |  |
| **18-35 ans** |  |
| **36-54 ans** |  |
| **55 ans et +** |  |

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Auditive |  | Intellectuelle |  | Trouble de déficit de l’attention avec ou pas hyperactivité (TDAH) |  | Trouble du langage ou de la parole |
|  |  |  | 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. |

|  |  |
| --- | --- |
| **PRÉVISIONS BUDGÉTAIRES** | |
| Nombre d’accompagnateurs prévu pour la réalisation de vos activités (camp de jour, aquaforme adapté, yoga ou autres) |  |
| 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 : | **$** |
| **TOTAL** | **$** |
| **Montant demandé par votre organisme pour le VOLET ACCOMPAGNEMENT** | **$** |

|  |
| --- |
| **VOLET FORMATION DES ACCOMPAGNATEURS** |
| Nombre d’accompagnateurs qui ont reçu une formation ?  FACC, DAFA, Sensibilisation, Certification en accompagnement camp de jour ou formation équivalente? |
| Nombre d’accompagnateurs qui vont recevoir une formation ? |
| **Les accompagnateurs vont recevoir quelle formation?**   * Formation nationale en accompagnement (FACC) : * Le Diplôme d'Aptitude aux Fonctions d'Animateur (DAFA) : * Certification en accompagnement camp de jour * Sensibilisation * Autres spécifiez : |
| **Effectuez-vous les vérifications des antécédents judiciaires pour le personnel d’accompagnateur?**   * Oui :   **Si oui, qu’elle corps policier ou firme privée effectue les vérifications ?**   * Non : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Rapport à compléter et /ou fournir** | | |
| Rapport d’utilisation de la subvention 2019-2020 |  | Remplir le rapport de la subvention reçu en 2019-2020 sur la Plateforme web Sentinelle |
|  | Aucune demande faite l’année dernière |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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**