****

****

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**D’ASSISTANCE FINANCIÈRE – PAFLPH 2024-25**

**Programme d’assistance financière au loisir des personnes handicapées 2024-2025**

**Volet 1 - spécifiquement dédié à l’embauche d’accompagnateurs (trices)**

**\*\* Toute organisation peut acheminer sa demande en considérant que l'aide financière est payable sous réserve de l'approbation des crédits par le Conseil du trésor\*\***

**Volet 1- Soutien à l’accompagnement des personnes handicapées**

**Date limite pour déposer une demande : Vendredi, le 7 juin 2024**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’ARLPH) : | |  | |
| **Date de réception :** | |  | |
| Ce programme est une initiative du ministère de l’Éducation (MEQ), 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  **Admissibilité des demandes**  L’organisme doit être :   * Un organisme `la but non lucratif * Une municipalité, une ville ou une MRC du Québec   **Le projet doit :**   * Viser la pratique d’activités de loisir actif, culturel, de plein air ou socioéducatif par des personnes handicapées; * Avoir lieu au Québec; * Être réalisé pendant l’année financière de l’attribution de la subvention, soit entre le 1er avril de l'année en cours et le 31 mars de l'année suivante.   Vous pouvez soumettre un projet réalisé à partir du 1er avril de l’année 2024  **POUR REMPLIR CI-DESSOUS, CLIQUEZ DANS CHACUNE DES CASES GRISES ET ÉCRIVEZ DIRECTEMENT**  **Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.** | | | |
| **Renseignements généraux** | | | |
| Nom de l’organisme : | | | |
| Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) : | | | |
| Adresse complète : # et rue :       Ville :  Adresse générale courriel :       Adresse site web : | | | |
| **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-ressource autorisée à répondre pour l’organisme — Coordonnées au travail** | | | |
| Sexe :  M.  Mme | | | |
| Nom et prénom : | | | |
| Fonction : | | | |
| Téléphone : | Poste : | | Téléphone  : |
| Courriel : | | | |

|  |
| --- |
| **Nature de l’organisme** |
| Organisme de loisir à but non lucratif pour les personnes handicapées  Organisme de loisir à but non lucratif  Municipalité, arrondissement, conseil de bande ou village nordique  Autres, spécifiez |

|  |
| --- |
| **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  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  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. |
| **Formation du personnel d’accompagnement** |
| **Je m’engage à offrir au personnel une formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées**  [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 »](https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/formations/nos-formations/sensibilisation-mieux-comprendre-la-difference-pour-mieux-agir/)  ou toute autre formation équivalente (précisez) :  Aucune formation prévue, pourquoi ?  **Je souhaite recevoir des informations sur une des formations inscrites ci-haut.**  <https://www.aqlph.qc.ca/nos-services/formations/nos-formations/> |
| |  | | --- | | **Vérification des antécédents judiciaires** |   Il est fortement recommandé d’effectuer la vérification des antécédents judiciaires des nouveaux accompagnateurs(trices).  **Je m’engage à faire faire la vérification des antécédents judiciaires à tous les nouveaux accompagnateurs (trices)?**  Oui  Non, pourquoi ?   |  | | --- | | **Intégration sociale** | | Actions prévues ou effectuées pour soutenir l’intégration de la personne handicapée à l’activité choisie | | **Vos activités sont-elles organisées dans des sites publics ?**  (ex. : festival, piscine publique, théâtre)  Oui  Non  Si oui, précisez : | | **Avez-vous des projets d’intégration avec d’autres groupes ?**  Oui  Non  (Avec qui et quelles activités ?) | |  | |

|  |
| --- |
| **Adaptation** |
| Identifiez les mesures particulières pour faciliter l’intégration sociale de la personne handicapée 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, définition des 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. |

Chaque personne ne peut présenter plus qu’une demande d’accompagnement par année dans le cadre de ce programme. **Vous pouvez reproduire ces pages au besoin selon le nombre d’activités prévues.**

|  |
| --- |
| **Décrivez l’activité où l’accompagnement est nécessaire:**        (dans votre paragraphe, svp faire un retour manuel sur votre clavier au bout de la ligne (Faire Enter)  **Lieu du projet :** |
| **Date de début du projet :** **Date de fin du projet :** |

|  |
| --- |
| **Types de projet réalisé :**   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, précisez | |

|  |
| --- |
| **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 (ex :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  Trouble du spectre de l’autisme avec ou sans hyperactivité (TDA / TDAH)  Verbale  Problème de santé mentale  Physique  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| **Autonomie de la personne handicapée** |
| Indiquez le nombre de personnes à chaque catégorie |

|  |
| --- |
| **Alimentation :**  Besoin d’aide pour manger  Besoin d’aide pour boire  **Habillement et hygiène :**  Besoin d’aide pour s’habiller  Besoin d’aide pour aller à la toilette  **Déplacements :**  Se déplace seul  Se déplace avec aide  Se déplace avec un équipement |
| **Description des participants** | |
| Décrivez les participants et leurs besoins en accompagnement  Pour la confidentialité de la demande, identifiez les participants par un numéro et ses initiales | |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # du participant et initiales | | Age | Radio d’accompagnement demandé | | Nbre d’heures/semaine | Nbres de semaines |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |
|  |  |  | 1 pour |  |  |  |

Nombre d’heures travaillées et payées par jour :

|  |
| --- |
| **Besoins en ressource(s) et coûts d’accompagnement** |
| **Pour réaliser votre projet, combien d’accompagnateur(s)(trices) aurez-vous besoin?**  En lien avec le tableau ci-haut, veuillez indiquer les besoins d’accompagnateurs pour chacun et le montant demandé. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| L’ARLHCN appliquera équitablement pour tous le taux horaire du salaire minimum en vigueur. | | | | | | | | | | | | | |
| **Participant no.**  (en lien avec tableau ci-haut) | | **Nombre**  **d’accompagnateurs**  **souhaités**  (et non d’animateurs) | |  | **Nombre d’heures effectuées et payées par semaine par 1 ou + d’accompagnateur (s)** |  | **Nombre total d’heures** |  | **Taux**  **Horaire**  **(sal. min.)** | | |  | **Total** |
| Exemple : Participant #1 | | 1 | | x | 280 | = | 280 | x | 15,75 $ | | | = | 4 410,00$ |
| Autre exemple :  Participant #1 à #4 | | 2 | | x | 280 | = | 560 | x | 15,75 $ | | | = | 8 820,00$ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | |  | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | | = | $ |
|  | |  | | x |  | = |  | x | 15,75 $ | | | = | $ |
| Inscrire les totaux sur cette ligne horizontale | |  | | x |  | = |  | x |  | | | = |  |
|  |  | |  | | | | | | | | | | |
| **Nombre total d’accompagnateurs demandés** | | | | | | \_\_\_\_ accompagnateur(s) | | | |  |  | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| **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. |
| **\*Le rapport d’utilisation du volet 1 - PAFLPH 2024-25 sur la plateforme Sentinelle, si une subvention a été reçue l’année précédente :**  Déjà rempli sur la plateforme Sentinelle  Aucune demande n’a été faite l’année précédente  Je suis un nouvel organisme membre et je joins mes lettres patentes et ma déclaration annuelle du Registraire des entreprises  Je joins un dépliant à jour de mon organisme  Je joins une lettre de mon conseil d’administration qui endosse la demande (facultatif) |
|  |
| **Engagement de l’organisme ou municipalité/ville/ MRC qui fait la demande dans le cadre de ce programme** |
| L’organisme ou la municipalité/ville/ MRC qui fait la demande au volet 1 du PAFLPH s’engage à :   * Adhérer 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 * 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 quant à la formation du personnel d’accompagnement, le cas échéant ; * Réaliser le projet pendant l’année financière, soit du 1er avril de l’année en cours au 31 mars de l’année suivante; * **Effectuer la vérification des antécédents judiciaires du personnel d’accompagnement (fortement recommandé)** * Remplir le rapport d’utilisation de la subvention via la plateforme Sentinelle avant le 30 avril 2025. * Retourner les sommes non utilisées, le cas échéant, en émettant un chèque à l’ARLPHCN avant le 30 avril 2025. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Signataire** | | |
| **J’atteste que toutes les informations fournies dans cette demande sont véridiques.** | | |
| **Nom et prénom :** | | |
| **Fonction :** | | |
| **Signature :** | **Date :** |  |
| **IMPORTANT : Veuillez réviser le formulaire pour qu’il soit complété adéquatement, l’analyse pourrait être refusée.** | | |

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

La municipalité, la ville ou l’organisme doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces

justificatives si demandées**,** **avant vendredi, le 7 juin 2024 à** [**celine.archambault@arlphcn.com**](mailto:celine.archambault@arlphcn.com)

**L’organisme doit remplir le rapport d’utilisation de l’aide financière au plus tard le 30 avril de l’année suivante**

sur la plateforme Sentinelle. Note pour les organismes et municipalités/MRC, les pièces justificatives d’embauche et

de paiements doivent être gardés et pourraient être demandées comme preuve**.**

Pour obtenir plus de renseignements : **Mme Céline Archambault au 418-589-5220 ou sans frais au 1-800-589-5220.**