****

****

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

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

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

**Volet 2 : Dédié précisément au soutien des projets d’initiatives locales et régionales**

**\*\* 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 2- Soutien aux projets d’initiatives locales et régionales**

**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  **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** | | | |
| **Renseignements généraux** | | | |
| **Nom de l’organisme :** | | | |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :** | | | |
| **Adresse postale complète** :       Ville :       Code postal :  **Adresse de ma page Facebook ou mon site web** : | | | |
| **Personne autorisée à répondre pour l’organisme — Coordonnées au travail** | | | |
| **Sexe :** M.  Mme | | | |
| **Nom et prénom :** | | | |
| **Fonction :** | | | |
| **Téléphone :** | **Poste :** | | **Téléphone 2 :** |
| **Courriel :** | | | |

|  |
| --- |
| **Nature de l’organisme** |
| Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées  Organisme de loisir à but non lucratif  Municipalité ou ville  Autre |

|  |
| --- |
| **Description complète de l’activité (reproduire et remplir cette page selon le nombre d’activités prévues)** |
| PROJET #       **TITRE DU PROJET** :  Description :       (dans votre description, svp faire un retour (Enter) manuel au bout de chaque ligne)  Date prévue de réalisation :       Lieu de réalisation :  Durée de l’activité (heure, semaines) :       Nombre de participants estimés :  Nombre d’accompagnateurs :  Nombre d’accompagnateurs dont la vérification d’antécédents judiciaires est conforme :  Formation des accompagnateurs :  Formation nationale d’accompagnement en loisir  DAFA  Cert. Accompagnement en camp de jour  Sensibilisation Mieux comprendre pour mieux agir  Objectifs poursuivis :       (dans votre description, svp faire un retour (Enter) manuel au bout de chaque ligne)  Démontrez les impacts de votre projet pour les personnes handicapées :  Expliquez-nous en quoi votre projet est novateur :  Êtes-vous partenaire de la Carte Accompagnement Loisir ?  oui  non  non-applicable  **Dans quel type de loisirs classez-vous votre activité (vous pouvez cocher plus qu’une case) :**  Camps de jour  Physiquement actif  Plein air  Culturel  Socioéducatif  Touristique  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  **Est-ce un projet déjà existant ?**  Oui  Non  Si oui, comment allez-vous le renouveler?       (svp faire un retour (Enter) manuel au bout de chaque ligne)  **Vos activités sont-elles organisées dans des sites publics ?** (ex.: festival, piscine publique, théâtre)  Oui  Non Précisez :       (svp faire un retour (Enter) manuel au bout de chaque ligne)  **Le lieu est-il adapté?**  Oui  Non  **Qui sont les partenaires impliqués dans le projet?**        (svp faire un retour (Enter) manuel au bout de chaque ligne) |
|  |

|  |
| --- |
| **Informations sur les participants ou les participantes (**Inscrire le nombre total dans la case appropriée)  Ex : 8 participants – 4 hommes – 4 femmes Inscrire : Masculin 4 – Féminin 4 |
| **Nombre de participants par groupe d’âge** :  0-12 ans  13-17 ans  18-21 ans  22-54 ans  55 ans et plus |
| Nombre de participants par sexe :  Masculin  Féminin |
| **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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  |
| **Prévision des sommes allouées** |
| **AVIS IMPORTANT - Pour le volet 2 Soutien aux projets, les sommes allouées ne sont pas encore connues du Ministère.**  **Nous débuterons donc avec une prévision de montant maximal accordé par l’ARLPHCN de 1 000 $ par demande.**  Les organismes peuvent donc acheminer leur demande en considérant que l’aide financière est payable  sous réserve de l’approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor.  Une lettre confirmant le montant octroyé sera envoyée à tous les organismes ayant fait une demande.  **Pour mon projet, le montant de l’aide financière demandé au total serait de :**  **Je comprends qu’une prévision de montant maximal de 1000$ sera accordée initialement par demande,**  **qui pourrait être ajustée lorsque les montants seront connus et octroyés par le Conseil du trésor, le cas échéant.**  Veuillez noter que si le montant est ajusté, c’est ce dernier qui devra apparaître sur le rapport d’utilisation 2024-2025.  **POUR VOTRE USAGE PLUS TARD SI VOUS VOULEZ PRENDRE EN NOTE VOTRE MONTANT OCTROYÉ :**  **Montant ajusté et octroyé inscrit dans ma lettre de confirmation, le cas échéant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |
| **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 2 - PAFLPH 2024-25, si une subvention a été reçue l’année précédente :**  Déjà transmis à l’ARLPHCN  Aucune demande n’a été faite l’année précédente  Je confirme que la prévision budgétaire sera fournie à la dernière page de ce document  Je suis un nouvel organisme membre et je joins mes lettres patentes et ma déclaration 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 qui fait la demande dans le cadre de ce programme** |
| L’organisme demandeur 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 ; * Soutenir l’intégration sociale de la personne dans ses programmes de loisir ; * Évaluer les besoins d’accompagnement nécessaires ; * Assumer les responsabilités liées 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; * Remplir le rapport d’utilisation de la subvention fourni par l’ARLPHCN avant le 30 avril 2025. * **Effectuer la vérification des antécédents judiciaires du personnel d’accompagnement (fortement recommandé)** * **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** |

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** de

la subvention. Le formulaire du rapport d’utilisation sera fourni par l’ARLPHCN.

Note pour les organismes, les pièces justificatives des dépenses dans le cadre de cette subvention doivent être gardés

et pourraient être demandées comme preuve**.**

Pour obtenir plus de renseignement concernant le dépôt d’une demande d’aide financière, veuillez communiquer avec Mme Céline Archambault au 418-589-5220 ou sans frais au 1-800-589-5220.



**PRÉVISION BUDGÉTAIRE**

**Programme d’assistance financière au loisir**

**des personnes handicapées (PAFLPH) 2024-2025**

Volet 2 – Soutien aux projets d’initiatives locales et régionales

|  |
| --- |
| **Vous pouvez reproduire cette page au besoin selon le nombre d’activités prévues** |

**Nom du projet :**

**Organisme demandeur :**

**Responsable du projet :**

Dans votre prévision, les revenus et les dépenses devraient être égales.

**Revenus**

Subvention ARLPHCN  (Montant demandé) :

Ajustement de la subvention par l’ARLPHCN, s’il y a lieu

Autre source de financement :

Montants payés par les participants :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL DES REVENUS (Coût du projet) :

**Dépenses**

**Dépenses non admissibles :** Achat de nourriture, projets visant uniquement l’achat de matériel, taxes, dépenses destinées exclusivement à un citoyen ou à un participant (ex. : prix de participation), Articles promotionnels

**Dépenses admissibles :** Coût de location de la salle, déplacement, billet de spectacle, achat de matériel dans le but de l’utiliser lors d’un atelier, paiement d’un fournisseur ou animateur, etc. (contactez-nous pour valider votre proposition) **Des exemples de projets sont décrits dans le Guide des normes 2024-25**

     :      $

     :      $

      :      $

      :      $

      :      $

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**TOTAL (Coût du projet) :**      $