****

 **FORMULAIRE DE DEMANDE**

**D’ASSISTANCE FINANCIÈRE**

**Programme d’assistance financière au loisir des personnes handicapées**

**2022-2023 (PAFLPH)**

**\*\*Accordée sous réserve de l’approbation du programme et des crédits par le Conseil du trésor\*\***

**Volet 2- Soutien aux projets**

**Date limite pour déposer une demande : 20 juin 2022**

|  |  |
| --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’ARLPH) : |  |
| **Date de réception :** |  |
| Ce programme est une initiative du ministère de l’Éducation et l’Enseignement supérieur (MEES), 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**POUR REMPLIR, CLIQUEZ DANS LES CASES GRISES ET ÉCRIVEZ DIRECTEMENT** |
| **Renseignements généraux**  |
| **Nom de l’organisme :**  |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :**       |
| **Adresse complète** :        |
| **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 |

|  |
| --- |
| **Vous pouvez reproduire cette page au besoin selon le nombre d’activités prévues** |
| **Description complète de l’activité** |
| Titre :      Description :       (Dans votre paragraphe, faire un retour manuel au bout des lignes)Date prévue de réalisation :       Lieu de réalisation :       Durée de l’activité (heure, semaines) :       Nombre de participants estimés :      Nombre d’accompagnateurs :       Nombre d’acc. dont la vérification d’antécédents judiciaires est conforme  :      Formation des accompagnateurs : [ ]  DAFA [ ]  FACC [ ]  Cert. Accompagnement en camp de jour  [ ]  Sensibilisation Mieux comprendre pour mieux agir [ ]  DAFA Objectifs poursuivis :       (Dans votre paragraphe, faire un retour manuel au bout des lignes)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 [ ]  NonSi oui, comment allez-vous le renouveler?       (faites un « retour » au bout des lignes svp.)**Vos activités sont-elles organisées dans des sites publics ?** (ex.: festival, piscine publique, théâtre) [ ]  Oui [ ]  Non Précisez :       (faites un « retour » au bout des lignes svp.)**Le lieu est-il adapté?** [ ]  Oui [ ]  Non**Qui sont les partenaires impliqués dans le projet?**      (faites un « retour » au bout des lignes svp.) |

|  |
| --- |
| **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 ou de trouble :** Auditive  Intellectuelle Visuelle  TDA / TDAH Verbale  Trouble de santé mentale Motrice  Trouble du spectre de l’autisme  Autre \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  |

|  |
| --- |
| **Sommes allouées** |
| **AVIS IMPORTANT - Les sommes allouées ne sont pas encore connues du Ministère pour le volet 2 Soutien aux projets**Les organismes demandeurs 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.**Nous débuterons avec un montant maximal accordé par l’ARLPHCN de 1 000,00$ par demande.****Ce montant pourrait être ajusté par l’ARLPH quand les montants seront connus et octroyés par le Conseil du Trésor.**\*La prévision budgétaire doit être remplie à la dernière page de ce document. **Montant de l’aide financière demandé initialement :       (1 000$ max)**(S’il y a ajustement annoncée par l’ARLPHCN, vous pourrez l’inscrire ici)Montant ajusté par l’ARLPH, s’il y a lieu :       Montant total après ajustement :       |
| **Pièces à joindre obligatoirement\*** |
| **\*Pour que votre demande soit admissible, vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessous.**  |
| **Rapport d’utilisation, si une subvention a été reçue l’année précédente.**[ ]  Déjà transmis [ ]  Aucune demande faite l’année précédente[ ]  Suivra à la fin de l’activité en date du :      [ ]  Document « Prévision budgétaire » de l’ARLPH  |

|  |
| --- |
| **Engagement de l’organisme demandeur**  |
| 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 et de l'Enseignement supérieur
* Soutenir l’intégration sociale de la personne dans ses programmes de loisir ;
* Évaluer les besoins d’accompagnement nécessaires et assumer voir à la formation des accompagnateurs ;
* Réaliser le projet pendant l’année financière, soit du 1er avril 2022 au 31 mars 2023 ;
* **Effectuer la vérification des antécédents judiciaires du personnel d’accompagnement, s’il y a lieu;**
* **Remplir le rapport d’utilisation de l’aide financière au plus tard le 15 avril 2023. Le rapport sera fourni par l’ARLPHCN.**
* Au dépôt du rapport d’utilisation, rembourser à l’ARLPHCN les sommes non utilisées, si tel est le cas.
 |

|  |
| --- |
| **Signataire**  |
| [ ]  **J’atteste que toutes les informations fournies dans cette demande sont véridiques.** |
| **Nom et prénom :**       |
| **Fonction :**       |
| **Signature :**       | **Date :** |  |
| **IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.**  |

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.

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

La ville, la municipalité ou l’organisme doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées**, avant le 20 juin 2022 à** **celine.archambault@arlphcn.com****.**

**Le rapport d’utilisation devra être soumis avant le 15 avril 2023.** Le document sera envoyé par l’ARLPHCN.



**PRÉVISION BUDGÉTAIRE**

**Programme d’assistance financière aux loisirs des personnes handicapées (PAFLPH)**

**Volet 2- Soutien aux projets 2022-23**

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

**Nom du projet :**

**Organisme demandeur :**

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 (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)

           $

           $

           $

           $

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

**TOTAL (Coût du projet) :**      $