****

**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  Non  Si 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**](mailto: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) :**      $