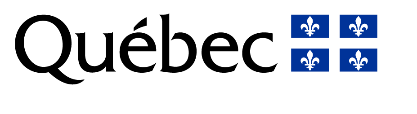
**Formulaire de demande d’assistance financière**

**PROGRAMME D’ACCOMPAGNEMENT EN LOISIR POUR LES PERSONNES HANDICAPÉES (organismes et municipalités)**

**2018-2019**

**Date limite pour déposer une demande le 31 mars 2018**

Le cachet de la poste faisant foi.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No séquentiel** (à remplir par l’URLS ou l’ARLPH) : | | | | | | | | | | | |  | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Renseignements généraux** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom de l’organisme :** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Numéro d’entreprise du Québec (NEQ) :** | | | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse de correspondance** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Adresse**: | |  | | | | | | | **Ville :** | | | |  | | | | **Code postal :** |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Présidence ou mairie – Coordonnées au travail** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Sexe :** | **M** | |  | **F** | |  | **Fonction :** | | | **Présidente / Président** | | | | |  | **Mairesse / Maire** | | |  |
| **Nom :** |  | | | | | | | | | | | | | **Prénom :** |  | | | | |
| **Téléphone :** | | | | |  | | | **Poste :** | | |  | | | **Télécopieur :** | |  | | | |
| **Autre téléphone :** | | | | |  | | | **Poste :** | | |  | | | **Courriel :** |  | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Personne autorisée à répondre pour l’organisme – Coordonnées au travail** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Nom :** | |  | | | | | | | | | | | | **Prénom :** |  | | | | |
| **Fonction :** | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Téléphone :** | | | | |  | | | **Poste :** | | |  | | | **Télécopieur :** | |  | | | |
| **Autre téléphone :** | | | | |  | | | **Poste :** | | |  | | | **Courriel :** |  | | | | |



Géré par Zone Loisir Montérégie :

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nature de l’organisme** | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | |
|  | **Municipalité ou arrondissement** | | | | |  | **Organisme de loisir à but non lucratif** | | |
|  | **Conseil de bande** | | | | |  | **Organisme de loisir à but non lucratif pour personnes handicapées** | | |
|  | **Village nordique** | | | | |  | **Camps de vacances (sans hébergement)** | | |
| **Quel est le ratio d’accompagnement que votre organisme est en mesure d’offrir pour les personnes handicapées sans le soutien financier de ce programme?** | | | | | | | | | |
|  | **1 pour 1** |  | **1 pour 2** |  | **1 pour 3** | | |  | **Aucun** |
| Quel est le **ratio d’accompagnement demandé** dans le cadre de ce programme pour les personnes handicapées? | | | | | | | | | |
|  | **1 pour 1** |  | **1 pour 2** |  | **1 pour 3** | | |  | |
|  | | | | | | | | | |
| **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. | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **1. Actions prévues ou effectuées par l’organisme pour soutenir l’intégration de la personne handicapée** |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.1 Intégration sociale** | **Actions prévues ou déjà accomplies pour faciliter la participation de la personne handicapée à l’activité choisie.** |
| **Dans quels sites publics vos activités sont-elles organisées?** (ex. : festival, piscine publique, théâtre) | |
|  | |
| **Avec quels autres groupes avez-vous un projet d’intégration?** | |
|  | |

|  |  |
| --- | --- |
| **1.2 Adaptation** | **Identifiez les mesures particulières pour faciliter l’intégration sociales de la personne**  **handicapée en milieu régulier concernant l’adaptation** |
| **Achat ou fabrication de matériel adapté** (ex. : ballons, ciseaux, ustensiles) | |
|  | |
| **Adaptation de la programmation** (contenu des programmes établis en fonction des caractéristiques de la personne) | |
|  | |
| **Adaptation des activités** (modifications du rythme des activités, définition des activités en fonction des capacités  physiques ou intellectuelles de la personne) | |
|  | |
| **Adaptation des bâtiments et de l’équipement** (ex. : rampe d’accès, signalisation, lève-personne) | |
|  | |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1.3 Formation du personnel d’accompagnement** | | | **Formation adaptée aux besoins en loisir des personnes handicapées donnée par :** |
|  | Zone Loisir Montérégie : *Formation nationale en accompagnement en loisir des personnes handicapées* | | |
|  | Zone Loisir Montérégie : sensibilisation *Mieux comprendre la différence* (pour les autres membres de l’équipe) | | |
|  | Autre (préciser) |  | |
|  | Aucune formation prévue, pourquoi? |  | |
|  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **2. Coût de l’accompagnement** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| **Nombre de participants**  **(selon les jummelages)** | **Nombre d’accompagnateurs** |  | **Nombre d’heures prévus**  **Max. 240 heures/ accompagnateur** |  | **Nombre total d’heures** | **Taux horaire** | **Total** |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
|  |  | x |  | = |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3. 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 :** | | | |  | |

|  |
| --- |
| **4. Pièce à joindre obligatoirement\*** |
|  |
| **\* Pour que votre demande soit admissible,** vous devez transmettre tous les documents mentionnés ci-dessous.  En l’absence d’un de ces documents, nous ne pourrons traiter votre demande. |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Pièce à joindre** | **Organisme** | | | **Municipalité** | |
| Rapport d’évaluation, si une subvention a été reçue  l’année précédente |  | joint | | | |
|  | transmis | | | |
|  | au plus tard le **30 avril 2018** | | | |
|  |  | aucune demande faite l’année précédente | | | |
| Copie des lettres patentes dans le cas d’une première  demande ou d’un changement des lettres patentes |  | jointe |  | | Ne s’applique pas |
|  |  | transmise |  | |  |
| Copie de la déclaration annuelle 2017 - « Personne morale »  délivrée par le Registraire des entreprises du Québec |  | jointe |  | | Ne s’applique pas |
| Description de l’organisme |  | dépliant |  | | Ne s’applique pas |

|  |
| --- |
| **5. Responsabilité de l’organisme** |

|  |
| --- |
| Nous certifions que les demandes adressées par notre organisme ou à notre municipalité afin d’obtenir une aide financière pour payer les frais d’un service d’accompagnement lors d’une activité de loisir sont réelles et que les renseignements fournis dans le présent formulaire sont exacts. De plus, si l’aide financière demandée est accordée à notre organisme, nous nous engageons à l’utiliser dans le respect des exigences prévues au Programme, soit :     * **Embaucher, rémunérer et encadrer le personnel d’accompagnement et être responsable de sa formation;** * **Remplir le rapport d’utilisation de la subvention et le transmettre à Zone Loisir Montérégie dans les délais prescrits;** * **Embaucher le nombre d’accompagnateurs pris en compte dans le calcul de la subvention ou rembourser Zone Loisir Montérégie, puisque ce nombre a des répercussions sur les autres demandeurs d’une même MRC.** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Signataire** |  | | | | |
| **Nom :** |  | **Prénom :** |  | **Fonction :** |  |
| **Signature :** |  | | | **Date :** |  |
|  |  | | | **AAAA-MM-JJ** | |

IMPORTANT : Les formulaires incomplets ne seront pas analysés.

Les demandes doivent être transmises par **courrier postal seulement.** Aucune demande par télécopieur ou par courrier électronique ne sera acceptée.

**Pour plus d’informations,** n’hésitez pas à contacter Mme Nancy Whitney au 450 771-0707.

L’organisme ou la municipalité doit transmettre le formulaire dûment rempli et signé, accompagné des pièces justificatives demandées, avant le **31 mars 2018** à :

Zone Loisir Montérégie

3800, boulevard Casavant Ouest

Saint-Hyacinthe (Québec) J2S 8E3