# RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX

### Identification de la personne autorisée à agir pour l'organisation (la personne à contacter)

**Nom :**

**Adresse :**

**Ville :**   **Code postal :**

**Téléphone :**   **Téléphone autre :**

**Courriel :**

# RENSEIGNEMENTS SUR L'ORGANISME

Notez que l’organisme doit avoir mis à jour sa déclaration annuelle des entreprises.www.regisentreprises.gouv.ca/fr/

### Identification de l’organisme

**Nom :**

**Adresse :**

### Mission et mandat de l’organisme :

### L’organisme est-il membre de l’ARLPH ?

**Oui**  **Non**

### Votre demande s’adresse à quel volet (il est possible de faire une demande dans les deux volets cependant, une seule demande par volet est autorisée) ?

**Volet 1 : Soutien à l’accompagnement** Camp de jour/programme estival

**Volet 2 : Soutien à l’accompagnement** Programmation régulière

**Volet 3 : Soutien aux projets**

# ENGAGEMENT DE L'ORGANISME :

Toute demande de financement du volet 2 doit être accompagnée d’une résolution de l’organisme et/ou des autorités compétentes, en version électronique ou papier.

Si l'aide est accordée à l’organisme, ce dernier s'engage à utiliser ces fonds tel que prévu et à respecter les exigences de l'ARLPH.

**Nom de la personne autorisée :**

**Signature de la personne autorisée :**

**Fonction de la personne autorisée :**

# VOLET 1 SOUTIEN À L’ACCOMPAGNEMENT - **CAMP DE JOUR** (si applicable)

**Nombre de personnes accompagnées :**   **Nombre d’accompagnateur requis :**

**Groupe d’âge :**   **Salaire horaire du/des accompagnateurs :**

**Nombre total d’heure d’accompagnement** (nbr d’heure par sem.) x (nbr. de sem.) x (nbr. d’accompagnateur)**:**

**Date de début :**  **Date de fin :**

**Identifiez, pour chacun des accompagnateurs embauchés, quelle est sa formation académique (programme et niveau complété) ainsi que la ou les formations complémentaires qu’il suivra, si applicable.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Accompagnateurs | Formation académique  Ex : Technique de travail social, 2e année complétée | Formation complémentaire offerte  Ex : FACC, langage signé |
| Accompagnateur 1 |  |  |
| Accompagnateur 2 |  |  |
| Accompagnateur 3 |  |  |
| Accompagnateur 4 |  |  |
| Accompagnateur 5 |  |  |
| Accompagnateur 6 |  |  |
| Accompagnateur 7 |  |  |
| Accompagnateur 8 |  |  |
| Accompagnateur 9 |  |  |
| Accompagnateur 10 |  |  |

*\*Vous pouvez joindre un fichier à votre demande si vous avez plus de 10 accompagnateurs*

# Volet 2 SOUTIEN À L’ACCOMPAGNEMENT - **PROGRAMMATION RÉGULIÈRE** (si applicable) :

**Nombre de personnes accompagnées :**   **Nombre d’accompagnateur requis :**

**Groupe d’âge :**   **Salaire horaire du ou des accompagnateurs :**

**Nombre d’heure d’accompagnement** (nbr d’heure par sem.) x (nbr. de sem.) x (nbr. d’accompagnateur)  **x**  **x** **=**

**Date de début :**  **Date de fin :**

* **Décrivez le ratio d’accompagnement :**

* **Identifier les principaux types de déficience de la/des personnes handicapées et ses besoins en terme d’accompagnement:**

* **Type d’activité et description sommaire pour laquelle l’accompagnement est requis :**

* **Démontrer comment la présence d’un accompagnateur facilitera la participation de la personne handicapée :**

* **Préciser le matériel /activité adapté qui sera utilisé (ou toute autre mesure mise en place) et comment le lieu de réalisation est adapté :**

* **Avez-vous des exigences quant à la formation de base (scolaire) du personnel embauché ?**

* **Identifier les formations proposées au personnel embauché :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la formation | Description | Durée |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# BUDGET DU VOLET 1 et 2 SOUTIEN À L’ACCOMPAGNEMENT

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Revenus Montants en $** | | | **Dépenses Montant en $** | | |
| Provenant de votre organisme/municipalité\* :  De vos partenaires (s’il y a lieu) :  De la tarification (s’il y a lieu) :  Autres (préciser) : |  |  | Salaire des accompagnateurs\*\* :  Frais de formation :  Autres(préciser): |  |  |
| \*Subvention demandée à l'ARLPH :  (minimum 500$ et maximum 10 000$ pour les organismes dédiés, maximum de 3000$ par accompagnateur en camp de jour jusqu’à concurrence de 10 000$) |  | |  |  | |
| Total des revenus\*\*\*  (incluant la subvention demandée) |  | | Total des dépenses : |  | |

**\****Obligatoire*

\*\**Le montant des salaires doit correspondre aux informations données en début de section 4 ou 5 selon le volet choisi.*

*\*\*\* Le budget doit être équilibré.*

# VOLET 3 SOUTIEN AUX PROJETS (si applicable) :

**Titre du projet :**

**Nouveau projet :  Oui  Non**

**Est-ce une activité qui sera de retour dans les prochaines programmations ?  Oui  Non**

**Date de début :**  **Date de fin :**

**Nombre de participants** :

**Groupe d’âge**

* **Description du projet :**

* **Identifier les principaux types de déficience de la ou des personnes handicapées et ses besoins en terme d’accompagnement:**

* **Identifier les formations proposées au personnel et bénévoles impliqués dans le projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la formation | Description | Durée |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Préciser le matériel /activité adapté qui sera utilisé (ou toute autre mesure mise en place) et comment le lieu de réalisation est adapté :**

**Illustrer comment votre projet aura un impact sur la participation d’une nouvelle clientèle de personnes handicapées :**

# BUDGET DU VOLET SOUTIEN AUX PROJETS

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Revenus Montants en $ | | DÉPENSES MONTANT EN $ | | |
| Provenant de votre organisation \*:  De vos partenaires (s’il y a lieu) :  De la tarification (s’il y a lieu) :  Autres (préciser) : |  | Personnel (rémunération) :  Déplacement, repas :  Achat matériel et fournitures :  Services professionnels :  Autres (préciser) : |  |  |
| Subvention demandée à l'ARLPH  (maximum 1000$) |  |  |  | |
| Total des revenus\*\*  (incluant la subvention demandée) : |  | Total des dépenses : |  | |

\**Obligatoire*

*\*\* Le budget doit être équilibré.*

**Ce programme d’aide financière est conditionnel à l’obtention, par ARLPH, de la subvention provenant du Ministère de l’Éducation et de l’enseignement supérieur pour ce programme.**

#### Date limite: Lundi le 29 avril 2019

**Retournez le formulaire par courrier électronique dûment rempli à :**

[**mailto:info@arlph03.com**](mailto:info@arlph03.com)

***Veuillez-vous assurer d’avoir obtenu un accusé de réception***