**Programme d’assistance financière au loisir des personnes handicapées dans la région de la Capitale-Nationale (PAFLPH)**

**Volet 2**

**Soutien aux initiatives locales et régionales**

**Formulaire 2023-2024**

**Date limite : le vendredi 5 mai 2023**

|  |
| --- |
| Section 1 |

**Admissibilité des demandes**

Organismes admissibles

* Un organisme à but non lucratif.

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 pour laquelle l’aide financière a été octroyée : du 1er avril 2023 au 31 mars 2024.
* Vous pouvez soumettre un projet réalisé à partir du 1er avril 2023.

**Renseignements généraux**

Ce programme d’aide financière est conditionnel à l’obtention, par l’ARLPH03, de la subvention provenant du ministère de l’Éducation et de l’enseignement supérieur pour ce programme.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nom complet : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Titre : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Courriel : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| Section 2 |

**Renseignement sur l’organisme**

Notez que l’organisme doit avoir mis à jour sa déclaration annuelle des entreprises. <https://www.registreentreprises.gouv.qc.ca/>

Identification de l’organisme

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Adresse : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ville : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Code postal : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Téléphone autre : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Courriel : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Site Internet : | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Type d’organisme :

Organisme à but non lucratif

Organisme à but non lucratif pour personnes handicapées

|  |
| --- |
| Section 3 |

**Engagement de l’organisme**

**Toute demande de financement doit être accompagnée d’une résolution de l’organisme et/ou des autorités compétentes en version électronique ou papier pour les OBNL.**

Si l’aide est accordée à l’organisme, ce dernier s’engage à utiliser ces fonds comme prévu et à respecter les exigences de l’ARLPH de la Capitale-Nationale.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Je soussigné, à titre de représentant dûment autorisé à la personne morale ou à la société visée par la présente, déclare que les informations dans ce document sont véridiques et complètes. | |
| Nom de la personne autorisée : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Fonction de la personne autorisée : | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| Section 4 |

**Projet**

Nature du projet (cochez la/les disciplines appropriées)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Culturel | De plein air | Touristique |
| De loisir actif | Socioéducatif | Autres : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Clientèle visée

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nombre |
| 4 ans et moins | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 5-12 ans | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 13-17 ans | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 18-21 ans | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 21-54 ans | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| 55 ans et plus | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Responsable du projet : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Titre occupé au sein de l’organisme : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Nous tenons à vous rappeler que les participants à vos activités doivent principalement provenir de la région de la Capitale-Nationale.

|  |  |
| --- | --- |
| Titre du projet | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Date(s) de réalisation du projet | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Lieu(x) de réalisation du projet | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Description complète du projet (en 150 mots ou moins)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quelle est la portée de votre projet (local, régionale ou les deux) ? Précisez.

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Quels sont les partenaires impliqués pour la réalisation du projet?

|  |  |
| --- | --- |
| Financier | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Matériel | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Ressources humaines | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Les antécédents judiciaires de vos employés et de vos bénévoles ont-ils été vérifiés durant les deux dernières années?  Oui  Non

Vos employés ont-ils reçu une formation pour l’accompagnement des personnes en situation de handicap (FACC, Certification camp de jour, formation maison, etc.)?

Oui, précisez laquelle/lesquelles : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Non

Quelles mesures seront prises par votre organisation pour assurer l’accessibilité des personnes avec besoins particuliers? (ex : évaluer les contraintes et comment y répondre)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

D’autres membres de l’ARLPH de la Capitale-Nationale ou d’autres organisations pourront-ils participer à votre projet? Si oui, lesquels et dans quelles mesures (spectateur, participant, organisateur, etc.)?

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Estimation du nombre de participants

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de participants/usagers | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Provenance d’une majorité de participants | Choisissez un élément. |
| Nombre de bénévoles | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| Section 5 |

**Budget**

Nous tenons à vous rappeler que l’aide financière accordée par l’ARLPH de la Capitale-Nationale dans le cadre de ce projet ne peut dépasser 75% de votre budget total, jusqu’à concurrence de 3 000 $

Dépenses (en $)

Les dépenses suivantes ne sont pas admissibles :

* Les dépenses engagées avant le 1er avril 2023;
* Les taxes;
* Les dépenses destinées exclusivement à un citoyen ou à un participant (ex. : articles promotionnels, prix de participation, bourse, etc.) ;
* L’achat de nourriture;
* Plus de 50% des dépenses à l’achat d’équipement (pour l’achat d’équipement exclusivement, renseignez-vous sur le programme Population active).

Inscrivez et décrivez les dépenses liées au projet et leur montant en argent (ex. : RH : 1 ressource x 25$/h x 100 h = 2 500 $)

Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

Revenus (en $)

|  |  |
| --- | --- |
| Implication financière de votre organisme | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Implication financière des participants (précisez leur implication s’il y en a) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Implication financière des partenaires (précisez leur implication s’il y en a) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Autres montants de subventions qui ont été octroyés pour ce projet | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Montant demandé au programme de soutien financier pour le loisir des personnes handicapées. (Maximum 3 000 $) | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Total (en $)

|  |  |
| --- | --- |
| Revenus | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Dépenses | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Écart (ce montant devrait correspondre à 0). | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

Nous vous rappelons que les demandes qui seront mal complétées vous seront retournées afin d’être complétées correctement. Dans le cas échéant, vous aurez une semaine pour effectuer les modifications.

|  |
| --- |
| Section 6 |

**Confirmation**

Je confirme que le projet présenté ne bénéficie pas de financement du PAFILR de l’ULSCN ou du programme Québec Philanthrope de l’ARLPH de la Capitale-Nationale.

Je confirme qu’il n’y aura pas plus de 50% du budget dédié à l’achat de matériel pour ce projet.

Je confirme que l’aide financière demandée n’excède pas 75% du budget total du projet.

Je confirme que mon organisme est situé sur le territoire de la Capitale-Nationale.

Je confirme qu’aucune dépense n’a été engagée pour le projet avant le 1er avril 2023.

Je confirme que les données inscrites dans ce formulaire sont véridiques. Je comprends que de donner de fausses informations pourrait entraîner le refus de mon projet. Si des informations mensongères sont découvertes suite à l’acceptation du projet, les fonds octroyés pour ce projet devront être remboursés.

|  |
| --- |
| Section 7 |

**Retournez le formulaire par courriel avant le vendredi 5 mai 2023 à : programmes@arlph03.com**

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