# 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 1.1 : Soutien à l’accompagnement** Camp de jour/programme estival

**[ ]  Volet 1.2 : Soutien à l’accompagnement** Programmation régulière

# 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 1.1 SOUTIEN À L’ACCOMPAGNEMENT - **CAMP DE JOUR**

**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 académiqueEx : Technique de travail social, 2e année complétée | Formation complémentaire offerteEx : 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 1.2 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 (plein air, physiquement active, culturelle, socioéducative, touristique, autres) 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 (DAFA, FACC, sensibilisation) :**

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

# BUDGET DU VOLET 1.1 et 1.2 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.*

**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: samedi le 1er mai 2020

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

**mailto:info@arlph03.com**

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