



DEMANDE DE SUBVENTION

N° _____

(Date limite d'inscription : 30 avril)

La personne qui s'adresse à la Fondation pour obtenir une subvention doit :

- Avoir fait des demandes auprès des organismes de sa région ;
- Avoir essuyé des refus ou n'avoir reçu qu'une somme partielle de la demande ;
- S'engager à divulguer la somme reçue d'un autre organisme.

Advenant le cas où la personne recevrait plus tard une réponse positive d'un organisme sollicité, elle doit s'engager à retourner à la fondation la somme excédant le montant requis pour le service.

NOTE : LA SUBVENTION DEVRA ÊTRE UTILISÉE UNIQUEMENT AUX FINS POUR LESQUELLES ELLE AURA ÉTÉ ACCORDÉE.

1. IDENTIFICATION DU BÉNÉFICIAIRE

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : _____ Âge : _____
Sexe : _____ fém. masc.
Adresse : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone domicile : _____ Courriel : _____

2. RÉPONDANT QUI PRÉSENTE LA DEMANDE

Nom : _____ Prénom : _____
Sexe : _____ fém. masc.
Adresse : _____ Courriel : _____
Ville : _____ Code postal : _____
Téléphone travail : _____ poste Revenu brut : _____

Lien avec la personne pour qui vous faites la demande :

3. SUBVENTION DEMANDÉE POUR DÉFRAYER :

Accompagnement Autre
Précisez :

Identifiez la ressource (ex : nom du camp de vacances ou du camp de jour) :

À L'USAGE DE LA FONDATION

RECOMMANDATIONS DE L'OCTROI DE LA SUBVENTION

Accepté pour un montant de _____ \$ En suspens Refusé

Détails _____

Autorisé par : _____ Date : _____

Suivis et commentaires

MOTIF VISÉ : Cochez le motif principal visé par la demande :

Favoriser le développement
Favoriser l'intégration sociale

Supporter la famille
Améliorer la qualité de vie

4. SITUATION DE LA PERSONNE

Type de la déficience :

Intellectuelle légère
 moyenne
 sévère
Ted/autisme sans déficience intellectuelle
 avec DI légère
 avec DI moyenne
 avec DI sévère

Autre syndrome

Précisez :

Déficiences associées :

Visuelle (cécité) Visuelle (porte des lunettes)
Auditive (surdité) Auditive (porte un appareil auditif) Autre
Mobilité : se déplace avec des appareils de marche avec un fauteuil roulant

Précisez s'il y a lieu :

5. AUTONOMIE DE LA PERSONNE

Communication

La personne : utilise un langage verbal non verbal
 se fait comprendre facilement difficilement

Précisez :

Alimentation/habillage

La personne peut :
 manger seule avec aide totalement dépendante
 boire seule avec aide totalement dépendante
 s'habiller seule avec aide totalement dépendante

Précisez :

Déplacement

La personne se déplace :
 à l'intérieur : seule avec aide totalement dépendante
 à l'extérieur : seule avec aide totalement dépendante

Hygiène personnelle

Pour son hygiène personnelle, la personne est :
 Autonome besoin d'aide totalement dépendante
 Problèmes d'incontinence : non porte une couche

6. SANTÉ

La personne est : en bonne santé a des problèmes de santé : mineurs
majeurs

Précisez :

7. COMPORTEMENT

La personne a des troubles **importants** du comportement : Oui Non

Comportements dangereux dirigés vers soi :

- Fugue (en émettant des comportements dangereux pour elle-même) : Oui Non
- S'automutile au point de se causer des blessures modérées : Oui Non
- au point de se causer des blessures sévères : Oui Non
- Autres comportements dangereux dirigés vers soi : Oui Non

Précisez :

Comportements dangereux dirigés vers autrui :

- Lance des objets de façon très dangereuse : Oui Non
- Attaque les personnes : en leur causant des blessures modérées : Oui Non
- en leur causant des blessures sévères : Oui Non
- Autres comportements dangereux vers autrui : Oui Non

Précisez :

8. SITUATION FAMILIALE DU RÉPONDANT

Statut matrimonial : Marié(e) Divorcé(e)/séparé(e) Union de fait Célibataire Veuf(veuve)

9. MÉNAGE : (Inscrire le nom, l'âge, le lien de parenté et le revenu brut de toutes les personnes qui résident avec vous de façon permanente)

Nom :	Âge	Lien avec l'enfant	Revenu brut
Nom :	Âge	Lien avec l'enfant	Revenu brut
Nom :	Âge	Lien avec l'enfant	Revenu brut
Nom :	Âge	Lien avec l'enfant	Revenu brut

La famille peut contribuer financièrement : Oui Non

Si non, quelles en sont les raisons ?

Indiquez toute situation IMPORTANTE ayant un impact significatif sur la vie familiale et devant être portée à l'attention du comité de sélection - précisez :

10. AVEZ-VOUS VÉRIFIÉ SI LE SERVICE DEMANDÉ POUVAIT ÊTRE FAIT À MOINDRE COÛT? (PAR DES BÉNÉVOLES, PAR EXEMPLE)

11. SI UNE SUBVENTION PARTIELLE ÉTAIT ACCORDÉE, LA RÉALISATION DU PROJET SERAIT-ELLE COMPROMISE ?

12. SI OUI, QUELLE SERA L'INCIDENCE DE L'ABSENCE DU SERVICE DEMANDÉ ?

13. AVEZ-VOUS PRÉSENTÉ UNE (OU DES) DEMANDE(S) D'AIDE FINANCIÈRE À UN AUTRE ORGANISME AVANT DE FAIRE APPEL À LA FONDATION?

Oui Non

Montant demandé : \$ Montant accordé : \$

Donnez le nom et numéro de téléphone des autres organismes où vous avez acheminé une demande, la date, ainsi que le nom des personnes contactées.

Précisez si vous avez obtenu une réponse, laquelle, ainsi que la raison évoquée :

1. Nom de l'organisme contacté :

N° de téléphone : poste

Nom et titre de la personne contactée :

Réponse :

2. Nom de l'organisme contacté :

N° de téléphone : poste

Nom et titre de la personne contactée :

Réponse :

14. DÉTAIL DU COÛT DU SERVICE

	X		X		X	\$	=	\$
Nbre d'heures / jour		Nbre de jours		Nbre de semaines		Tarif horaire		Coût du service*

* Coût du service :			
➤ Plus taxes s'il y a lieu :		+	\$
➤ Plus inscription		+	\$
Coût total du service :		=	\$
➤ Moins contribution de la famille :		-	\$
➤ Moins subvention obtenue d'une autre ressource :		-	\$
Montant de l'aide demandée :		=	\$
Nom de la ressource ou du camp :			

Si une subvention est accordée, à quel nom le chèque doit-il être libellé et à quelle adresse doit-il être envoyé ?

Chèque à l'ordre de :

Adresse :

Ville :

Code postal :

IDENTIFICATION DE L'INTERVENANT

- Dossier actif au CISSSMO Intervenant :
 Dossier passif au CISSSMO (1 an et moins sans service) Intervenant :
 Dossier fermé au CISSSMO (1 an et plus sans service) Intervenant :

Nom de l'intervenant(e) :

Prénom :

Fonction :

Téléphone travail :

poste

Adresse :

Ville :

Code postal :

NOTE : *SI VOUS N'AVEZ PAS D'INTERVENANT AU CISSSMO (ANCIENNE COMPOSANTE SRSOR), VOUS DEVEZ JOINDRE UNE COPIE DU DIAGNOSTIC DU BÉNÉFICIAIRE À VOTRE DEMANDE.*

IMPORTANT :

**LA SUBVENTION DEVRA ÊTRE UTILISÉE
UNIQUEMENT AUX FINS POUR LESQUELLES ELLE AURA ÉTÉ ACCORDÉE.**

Faites parvenir votre demande de subvention avant le 30 avril :

FONDATION DES RESSOURCES ALTERNATIVES DU SUD-OUEST
200-30, rue St-Thomas Salaberry-de-Valleyfield (Québec) J6T 4J2
Courriel : info@lafra.com Web : www.lafra.com Tél. : (450) 371-4816, poste 209

« Je reconnais qu'une fausse déclaration ou l'utilisation de la subvention à des fins non autorisées entraînera automatiquement le refus de toute prochaine demande de subvention que je pourrais faire à la Fondation. »

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR



DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER

CRITÈRES ET CONDITIONS À RESPECTER

Pour être considérée, la demande doit :

- Être faite pour **une personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble du spectre de l'autisme** - qui demeure sur le territoire desservi par les CSSS suivants : Jardins-Roussillon, Vaudreuil-Soulanges, Suroît et Haut Saint-Laurent;
- Le bénéficiaire de la subvention doit être âgé de 5 ans et plus et habiter dans sa famille naturelle, les personnes résidant en RI, RTF, RAC ou adultes en appartement ne sont pas admissibles;
- Le revenu *familial* brut doit être inférieur ou égal à 70 000\$.
- Favoriser le développement du potentiel de la personne, son intégration sociale et son maintien dans la communauté;
- Supporter le milieu familial et améliorer la qualité de vie de la personne.

La famille doit contribuer selon sa capacité financière à la réalisation du projet.

La subvention ne peut servir à des services récurrents et n'est pas récurrente.

Aucun projet d'immobilisation ne sera retenu. Les activités thérapeutiques, les cours, le coût des sorties, ainsi que le financement d'équipement ne sont pas admissibles.

Le projet doit se réaliser dans l'année. En ce qui concerne les demandes pour des séjours en camp de vacances, inscriptions en camp de jour et accompagnement en milieu naturel, le projet doit se réaliser durant la période estivale, soit de juin à août inclusivement.

Toute demande de subvention doit être présentée à la FRAS après avoir sollicité les organismes gouvernementaux et communautaires et avoir obtenu un refus. La FRAS est la dernière instance.

LA SUBVENTION DOIT SERVIR EXCLUSIVEMENT À RÉPONDRE AUX BESOINS POUR LESQUELS ELLE A ÉTÉ OCTROYÉE ET NE DOIT EN AUCUN CAS ÊTRE UTILISÉE À D'AUTRES FINS. TOUTE SOMME RESTANTE DEVRA ÊTRE RETOURNÉE À LA FONDATION.

Par ailleurs, toute situation exceptionnelle sera considérée.



DOCUMENTS À FOURNIR

- Formulaire de demande de subvention dûment complété et signé par le parent ou tuteur ;
- L'avis de cotisation de l'Agence du Revenu du Canada confirmant que le revenu familial brut, tel qu'il apparaît à la ligne 150 du rapport d'impôt, est inférieur à 70 000\$;
- Les pages 1 et 2 du formulaire T1 correspondant de l'Agence du Revenu du Canada ;
- Si vous ne bénéficiez pas des services d'un intervenant du CISSSMO, vous devez joindre une copie du diagnostic du médecin expliquant la déficience de la personne visée par la demande.

Je reconnais avoir lu et compris les critères et conditions ci-dessus énumérés et je m'engage à les respecter. Une fausse déclaration ou l'omission de déclarer des sommes reçues d'autres sources entraîneront la radiation de toute future demande que je pourrais faire à la Fondation dans l'avenir.

Dans l'éventualité où la ressource pour laquelle j'ai obtenu une subvention devait changer, je m'engage à obtenir l'approbation d'un représentant de la FRAS, afin de m'assurer que je peux bien utiliser les sommes octroyées à une autre fin.

De plus, une fois la demande acceptée je m'engage à fournir, dans les six mois suivant la dépense, un reçu, une copie de facture ou une preuve de déboursé rédigé par la compagnie ou la personne qui a fourni l'objet ou le service. **DANS LE CAS D'UN SERVICE D'ACCOMPAGNEMENT, LA PERSONNE ENGAGÉE DOIT SIGNER ET MENTIONNER SON ADRESSE, SON NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ET SON NUMÉRO D'ASSURANCE-SOCIALE.**

SIGNATURE DU PARENT OU TUTEUR