

**Fond Besoins-Familles**

Le fond Besoins-Familles est une initiative du groupe de parents d'enfants ayant un TSA de la région de Montmagny-L'Islet. Il a été créé suite à une activité de sensibilisation et de levée de fonds réalisée auprès des élèves de l'école secondaire Louis-Jacques-Casault le 2 avril 2019. Le soutien apporté se traduit par une aide financière permettant de se procurer des services, de la formation, du matériel spécialisé ou autre forme d’aide dans des formulesadaptées à leurs besoins en lien avec le TSA. \*montant maximum accordé de 200$ par demande

**Les formules qui peuvent être financées**

* Achat de matériel spécialisé (TSA)
* Formation sur l’autisme
* Toute autre formule qui permet aux familles et aux personnes de répondre à un besoin en lien avec le TSA, en autant que la demande soit pertinente et approuvée au préalable par Autisme Chaudière-Appalaches.

**Les critères d'admissibilité**

* Avoir un enfant autiste qui vit à la maison;
* Résider sur le territoire de Montmagny-L’Islet ou faire partie du groupe de parents de Montmagny-L’Islet
* Ne pas recevoir d'aide financière du programme de Soutien à la famille et/ou de la mesure d'accompagnement TSA (CISSSCA) ou si la famille a accès à ces aides, les budgets sont nettement insuffisants pour combler les besoins.

**Comment procéder pour obtenir de l'aide financière**

Faire approuver votre demande en contactant Nancy Chamberland, coordonnatrice

* par courriel à autisme@arcencielrpph.com en joignant le formulaire complété (en page 2)
* fournir une pièce justificative (facture, reçu)
* fournir un spécimen de chèque pour le paiement

**Il est important de considérer que ce fonds possède un budget limité et que L'Arc-en-Ciel RPPH se réserve le droit de déterminer le montant accordé par demande et par famille. L'Arc-en-Ciel RPPH se réserve également le droit de refuser toute demande qui sera jugée incomplète ou non admissible au Fonds Besoins-Familles.**



**Fond Besoins-Famille**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS** **SUR LA FAMILLE OU DE LA PERSONNE AUTISTE** | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DU DEMANDEUR | |  | | | | | | |  | | | | | |
| ADRESSE COMPLÈTE : | |  | | | | | | |  | | | | | |
| TÉLÉPHONE : | |  | | | | | COURRIEL : | |  | | | | | |
| NOM DE L'ENFANT : | |  | | | | | | | | ÂGE DE L'ENFANT : | | | |  |
| DIAGNOSTIC : | |  | | | | | | NOMBRE D'ENFANTS DANS LA FAMILLE : | | | | | |  |
|  | | | |  | | | | | | | | | | |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LA DEMANDE** | | | | | | | | | | | | | | |
| Motif de la demande : | | |  | | | | | | | | | | | |
| COÛTS PRÉVUS : | $ | | | | |
| Recevez-vous de l'aide financière du programme de soutien à la famille (CLSC) : | | | | | | | | | | | Oui  Non  Ne sait pas | | | |
| Recevez-vous de l'aide financière de la Mesure d'accompagnement TSA (CLSC) : | | | | | | | | | | | Oui  Non  Ne sait pas | | | |
| AVEZ-VOUS DES DÉTAILS PERTINENTS À AJOUTER POUR APPUYER VOTRE DEMANDE? | | | | | | | | | | | | | | |
| RESPONSABLE DE LA DEMANDE : | | | | |  | | | | | | | DATE : |  | |
| **Notes et décision (à l'usage de l'administration) :** Total accordé : \_\_\_\_\_\_\_ $ Total payé : \_\_\_\_\_\_\_ $ | | | | | | | | | | | | | | |

Remplir ce formulaire, l'ENREGISTRER et le faire parvenir par courriel à :

**autisme@arcencielrpph.com**