

**Fonds Yves Poulin**

Au souhait de ce généreux donateur, Autisme Chaudière-Appalaches est heureux de mettre en place un fond spécial qui permettra d'offrir du soutien financier aux familles ayant un enfant autiste pour les aider à se procurer divers services spécialisés (gardiennage ou accompagnement spécialisé, services privés d'intervention, orthophonie, ergothérapie, etc)**. Attention : L'objectif de ce fonds est d'aider à vous procurer un premier service privé, notamment pour l'ouverture de dossier et les premières séances de services. L'aide ne couvre pas la totalité des frais.**

*\* Aide financière de 75% pour des services d'évaluation et de 50% pour des suivis en intervention.*

**Les services spécialisés qui peuvent faire l'objet d'un soutien**

* Gardiennage à la maison ou accompagnement pour des sorties offert par une ressource spécialisée;
* Séances d'interventions privées avec une ressource spécialisée ou un professionnel de la santé : psychoéducateur, psychologue, éducateur spécialisé en autisme, orthopédagogue, orthophoniste, ergothérapeute.

**Les critères d'admissibilité**

* Avoir un enfant autiste qui vit à la maison;
* Résider sur le territoire de Chaudière-Appalaches;
* Avoir un revenu familial qui ne dépasse pas 100 000 $. Des pièces justificatives vous seront demandées.

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

1. Faire approuver votre demande en contactant Nancy Chamberland, coordonnatrice
* par courriel à autisme@arcencielrpph.com en joignant le formulaire complété (en page 2)
1. Les services privés seront remboursés sur présentation d'une pièce justificative (Facture ou reçu). Aucun montant supplémentaire excédant le maximum préalablement établi ne sera remboursé.
2. Pièces à fournir :

-formulaire rempli

-copie de la facture ou du reçu

-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. L'Arc-en-Ciel RPPH se réserve également le droit de refuser toute demande qui sera jugée incomplète ou non admissible au Fonds Yves Poulin.**

****

**Fonds Yves Poulin**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

|  |
| --- |
| **RENSEIGNEMENTS** **SUR LA FAMILLE OU LA PERSONNE AUTISTE** |
| NOM DE LA MÈRE : |  |  | [ ]  *NOTRE REVENU FAMILIAL ANNUEL EST INFÉRIEUR À 100 000 $* |
| NOM DU PÈRE : |  |  |
| ADRESSE COMPLÈTE : |  |
| TÉLÉPHONE : |  | COURRIEL : |  |
| NOM DE L'ENFANT : |  | ÂGE DE L'ENFANT : |  |
| DIAGNOSTIC : |  | NOMBRE D'ENFANTS DANS LA FAMILLE : |  |
|  |  |
| **RENSEIGNEMENTS SUR LE SERVICE PRIVÉ SOUHAITÉ** |
| SERVICE PRIVÉ SOUHAITÉ: | [ ]  Répit ou accompagnement spécialisé [ ]  Services privé d'un professionnel  |
| FOURNISSEUR DU SERVICE PRIVÉ : |  |
| COÛT DU SERVICE (à la pièce) : |  | DURÉE PRÉVUE : |  |
| Recevez-vous de l'aide financière du programme de soutien à la famille (CLSC) :  | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas |
| Votre enfant reçoit-il des services de réadaptation du Programme DPDAR : | [ ]  Oui [ ]  Non [ ]  Ne sait pas |
| AVEZ-VOUS DES DÉTAILS PERTINENTS À AJOUTER POUR APPUYER VOTRE DEMANDE? |
| RESPONSABLE DE LA DEMANDE : |       | DATE :  |       |
| **Notes et décision.** Aide accordée au montant de \_\_\_\_\_$  |

Remplir ce formulaire seulement dans les zones ombragées, l'ENREGISTRER et le faire parvenir par courriel à :

**autisme@arcencielrpph.com**