

**Fonds Autisme Chaudière-Appalaches**

AUTISME CHAUDIÈRE-APPALACHES est heureux de mettre en place un fonds spécial qui permettra d'offrir du soutien aux familles ayant un enfant autiste. Le soutien apporté se traduira par une aide financière permettant aux familles de se procurer des services de répit, de gardiennage et d'accompagnementdans des formules **ADAPTÉES à leurs BESOINS.**

**Les formules de répit qui peuvent être financées**

* Répits-hébergement, répits de jour, répits du samedi, journées pédagogiques offerts par un organisme communautaire ou un établissement;
* Gardiennage à la maison offert par une ressource externe ou un membre de la famille;
* Accompagnement/surveillance pour des sorties, des activités, des cours, etc. avec ou sans la présence du ou des parents. Pour la formule d'accompagnement avec la présence des parents, l'objectif est de partager la charge de travail et de responsabilités (surveillance, soins, interventions) afin d'inciter la famille à se permettre des sorties ou des activités spéciales avec leur enfant autiste et les autres enfants de la famille sans que cela ne devienne une véritable corvée;
* Toute autre formule qui peut permettre aux parents de prendre un moment de repos, en autant que le projet de répit soit pertinent et approuvé au préalable par Autisme Chaudière-Appalaches.

**Les critères d'admissibilité**

* Avoir un enfant autiste qui vit à la maison;
* Résider sur le territoire de Chaudière-Appalaches;
* 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**

1. Faire approuver votre demande en contactant Lina Duquet, coordonnatrice du mandat régional

* par courriel à autisme@arcencielrpph.com en joignant le formulaire complété (en page 2)
* par téléphone au 581-983-7351 avec les informations suivantes : nom de l'enfant ayant un TSA, nom des parents, coordonnées complètes, formule de répit souhaitée et coûts.

1. La personne responsable de la demande sera contactée pour prendre entente sur le paiement du répit choisi. Les services obtenus d'un organisme communautaire ou d'un établissement pourront être facturés directement à L'Arc-en-Ciel. Les services de gardiennage ou d'accompagnement à la maison seront remboursés à la famille sur présentation d'une pièce justificative (Reçu signé par le dispensateur du service).

**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 Défi-Répit.**



**Fonds Autisme Chaudière-Appalaches**

**FORMULAIRE DE DEMANDE**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **RENSEIGNEMENTS** **SUR LA FAMILLE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DE LA MÈRE : |  | | | | | | | | *Cochez s'il y a lieu :* | | | | | *PARENTS SÉPARÉS*  *FAMILLE MONOPARENTALE*  *FAMILLE RECOMPOSÉE* | | | |
| 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 PROJET DE RÉPIT** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| FORMULE DE RÉPIT SOUHAITÉ: | | Organisme ou établissement  Gardiennage à la maison  Accompagnement pour sortie/activité  Autres : | | | | | | | | | | | | | | | |
| NOM DU FOURNISSEUR DU SERVICE DE RÉPIT : | | | | | |  | | | | | | | | | | | |
| DATE(S) DU OU DES RÉPITS : | | |  | | | | | | | 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 : | | |  | |
| COURRIEL (si différent de celui mentionné plus haut) : | | | | | | | |  | | | | | | | | | |
| **Notes et décision (à l'usage de l'administration) :** Total accordé : \_\_\_\_\_\_\_ $ Total payé : \_\_\_\_\_\_\_ $ | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

**autisme@arcencielrpph.com**