La FRAS

Demande d'aide financière - Répit d'URGENCE

Partie 1 : Conditions d'admissibilité

- ☐ La demande est faite pour une personne ayant un **diagnostic** de **déficience intellectuelle** ou de **trouble du spectre de l'autisme** / TED. [Preuve requise - Par l'intervenant]
- ☐ Le bénéficiaire habite sur le territoire desservi par les CSSS suivants : Jardins-Roussillon; Vaudreuil-Soulanges, Suroit et Haut-Saint-Laurent.
- ☐ Le bénéficiaire habite dans sa famille naturelle.
- ☐ Le revenu familial brut de la dernière année d'imposition doit être inférieur ou égal à 70 000 $. [Preuve requise]
- ☐ Une sollicitation a été envisagée auprès d'organismes gouvernementaux et communautaires, sans réponses favorables. **La FRAS est la dernière instance.**
- ☐ Une demande a été faite auprès du CLSC pour participer au programme "Soutien à la famille".
- ☐ L'aide financière ne peut servir à des services récurrents et n'est pas récurrente (la même demande ne peut être faite plus d'une année consécutive).
- ☐ La situation est imprévue et peut compromettre le maintien dans la communauté du bénéficiaire.
- ☐ Il y a risque d'éclatement de la famille.
- ☐ Un plan de transition ou des pistes de solution doivent être proposés.

Partie 2 : Bénéficiaire

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance : _____ Âge : _____ Sexe : ◯ Féminin ◯ Masculin

Adresse : _____

Ville : _____ Code postal : _____

La FRAS

Partie 3 : Répondant

Nom : Prénom :

Lien avec le bénéficiaire :

Téléphone : Courriel :

Adresse :

Ville : Code postal :

Partie 4 : Situation familiale

◯ Monoparental(e) ◯ Avec conjoint(e)

Composition de la cellule familiale :

Adultes :

Nom : Âge : Salaire annuel :

Nom : Âge : Salaire annuel :

Nom : Âge : Salaire annuel :

Nom : Âge : Salaire annuel :

Enfants :

Nom : Âge : ◯ Garde complète ◯ Garde partagée

Nom : Âge : ◯ Garde complète ◯ Garde partagée

Nom : Âge : ◯ Garde complète ◯ Garde partagée

Nom : Âge : ◯ Garde complète ◯ Garde partagée

Nom : Âge : ◯ Garde complète ◯ Garde partagée

S'il y a lieu: Montant de pension alimentaire reçu annuellement:

La FRAS

Partie 5 : Répit

Type de répit :

- ◯ Répit avec nuitées pour enfant à besoins particuliers
- ◯ Répit de jour pour enfant à besoins particuliers
- ◯ Répit à la maison par un intervenant **qualifié**
- ◯ Autre :

Motif visé :

Date de début (prévision) :

Détail du coût du service (soumission à fournir) :

Contribution familiale :

Montant demandé :

Veuillez noter qu'aucun montant ne pourra être octroyé directement au répondant, mais sera envoyé à l'organisme fournissant le service, après réception de la facture, émise au nom de la Fondation, et/ou preuve de participation.

Partie 6 : Description de la situation imprévue nécessitant l'aide financière

Partie 7 : Autres subventions reçues

Mentionnez toute autre subvention reçue pour le bénéficiaire au cours de l'année précédente

ET / OU

Raison expliquant l'impossibilité de recevoir des subventions d'autres organismes

La FRAS

Partie 8 : Pistes de solutions / plan de transition proposé

Expliquez les solutions envisagées ou les mesures qui seront prises pour que cette situation ne devienne pas récurrente et se résorbe.

Partie 9 : Pièces justificatives

☐ Déclaration de revenus - Revenu Québec - Toutes les pages

(Déclaration du(des) répondant(s) ainsi que celle du bénéficiaire le cas échéant.)

Revenuquebec.ca - Mon dossier - Citoyen (ClicSequr)
Menu - Déclaration de revenus - Déclaration d'une année précédente - Choisir 2020
- Imprimer

☐ Soumission concernant le service en lien avec la demande

*Dans le cas d'un **répit à la maison** par un travailleur autonome, la soumission doit comporter les informations suivantes : **nom, prénom, numéro d'ass. sociale** ainsi qu'une **preuve d'expérience ou d'études** en lien avec la clientèle DI/TSA*

☐ Validation du diagnostic envoyé directement à la FRAS par un intervenant du CISSSMO (Annexe 1)

OU :

☐ Preuve de diagnostic DI/TED/TSA fournie par une autorité compétente (ex.: psychiâtre), sur papier avec coordonnées de la clinique ou du bureau du spécialiste (SEULEMENT SI AUCUN DOSSIER ACTIF AU CISSSMO).

**** Aucun document sous forme de photo prise par cellulaire ne sera accepté.*
Le mode PDF est à privilégier.
L'envoi postal peut également être envisagé.

La FRAS

Partie 10 : Engagement

La réception par courriel fait foi de signature

Je, _____ , déclare :

- ☐ Que je n'ai reçu aucune subvention n'étant pas spécifiée ci-dessus;
- ☐ Qu'au cas où je recevrais une subvention autre que celle de la FRAS pour cette même demande, j'en informerais la FRAS sans délai pour que le montant demandé soit ajusté en conséquence;
- ☐ Qu'advenant que le coût de réalisation du projet soit inférieur au montant demandé, j'en informerais la FRAS sans délai;
- ☐ Que la somme demandée ne pourrait être utilisée à d'autres fins que celles prévues dans la demande;
- ☐ Que je m'engage à faire le lien avec l'organisation qui fournira le service et m'assurerai que toute pièce justificative parvienne à la FRAS avant la fin du projet;
- ☐ Que si ces conditions ne sont pas respectées, que je fais une fausse déclaration ou que j'omets de déclarer des sommes reçues d'autres sources, je m'expose à un refus de toute demande d'aide financière future.

Date _____

_____
Signature

Veuillez noter qu'aucune analyse du dossier ne sera faite avant que toutes les pièces justificatives ne soient fournies.