



Demande d'aide financière – Répit

1^{re} étape : Validation de l'admissibilité

Partie 1 : Conditions d'admissibilité (toutes les conditions doivent être remplies pour être admissible)

- 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 MRC suivantes : Beauharnois-Salaberry, Haut-Saint-Laurent, Jardins-de-Napierville, Roussillon et Vaudreuil-Soulanges [Preuve requise]
- Le bénéficiaire est âgé de 5 ans et plus au 30 septembre de l'année scolaire en cours et habite dans sa famille naturelle
- La demande vise à 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
- Le revenu familial brut de la dernière année d'imposition doit être inférieur ou égal à 70 000 \$ [preuve requise]
- Une sollicitation a été faite auprès d'organismes gouvernementaux et communautaires, sans réponses favorables. [Preuves requises] **La FRAS est la dernière instance.**
- Une demande a été faite auprès du CLSC pour participer au programme « Soutien à la famille ».
- Le projet se réalisera durant la période estivale et la famille prévoit contribuer selon sa capacité financière.

Partie 2 : Bénéficiaire

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance : _____

Âge : _____

Sexe : _____

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

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 : _____	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Garde complète
Nom : _____	Âge : _____	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Garde complète
Nom : _____	Âge : _____	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Garde complète
Nom : _____	Âge : _____	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Garde complète
Nom : _____	Âge : _____	<input type="checkbox"/> Garde partagée	<input type="checkbox"/> Garde complète

S'il y a lieu : Montants de pension alimentaire reçus annuellement : _____



La FRAS

Partie 5 : Répit

Type de répit :

- Camp de vacances pour enfant à besoins particuliers
 Camp de jour pour enfant à besoins particuliers
 Répit à la maison par un intervenant **qualifié**

Motif visé : _____

Est-ce que le camp de jour municipal a déjà été envisagé? Oui Non

Si oui : quelle est la raison d'une demande de répit différente?

Si non : pourquoi n'est-ce pas une solution envisageable?

Date de début (prévision) :

Détail du coût du service (soumission à fournir) :

Contribution familiale :

Montant demandé :

**Veillez 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.*



La FRAS

Partie 6 : Pièces justificatives

- Déclaration de revenus – Revenu Québec – Toutes les pages
(Déclaration du (des) répondant(s) ainsi que du bénéficiaire le cas échéant)

Revenuquebec.ca → Mon dossier → Citoyen (ClicSeur)

Menu → Déclaration de revenus → Déclaration d'une année précédente → Choisir 2021
→ Imprimer

- Preuves d'une démarche faite auprès d'un organisme gouvernemental (demande et réponse)

- Preuves d'une démarche faite auprès d'un organisme communautaire (demande et réponse)

- 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, adresse, numéro de téléphone et 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 l'intervenant du CISSSMO (Annexe 1)

OU Preuve de diagnostic DI/TED/TSA fournie par une autorité compétente (ex. : psychiatre) sur papier avec coordonnées de la clinique ou du bureau du spécialiste (**seulement si aucun dossier actif au CISSSMO**).



La FRAS

Partie 7 : 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.

Signature

Date

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

*La date limite pour nous faire parvenir la présente demande **INCLUANT TOUTES LES PIÈCES JUSTIFICATIVES** est le*

15 mai 2022