



## Demande d'aide financière Questionnaire

### Information

Le présent formulaire est requis afin de bien faire connaître au conseil d'administration vos besoins exacts et les guider dans leur décision. Nous vous demandons de répondre à toutes les questions bien que certaines puissent sembler indiscretes. Nous vous assurons de notre entière discrétion face au contenu de votre dossier.

Action Autisme est un organisme provincial qui ne reçoit pas de subvention gouvernementale et dépend fortement de l'implication de bénévoles tant au niveau de l'organisation des événements bénéfiques que de la gestion de l'organisme. Nos moyens sont limités mais nous sommes entièrement dévoués à notre cause qui est d'apporter l'aide nécessaire aux personnes autistes afin qu'elles puissent avoir accès aux services qui les aideront à améliorer leurs habilités et à atteindre leur plein potentiel. Le nombre de demandes d'aide ne cessant d'augmenter, nous avons dû établir des critères d'admissibilité et une priorité sera accordée aux familles qui poursuivent des formations, celles ayant implanté un programme de stimulation précoce à la maison ainsi qu'aux personnes autistes adultes nécessitant l'aide de professionnels spécialisés. Alors, lorsque vous remplirez ce formulaire il est important de bien faire la distinction entre la section État des frais encourus, qui sont les frais et dépenses que vous assumez actuellement, peu importe si vous recevez notre aide ou pas et État des services souhaités, qui sont les projets que vous souhaitez entreprendre mais qui dépendent de notre aide financière.

Nous comprenons vos besoins et votre détresse face à votre recherche de financement puisque Action Autisme a été créé par des parents d'enfants autistes. Notre dévouement est inspiré des progrès réalisés par nos enfants suite aux interventions que nous avons appliquées et des succès vécus par les bénéficiaires de l'organisme. Nous vous encourageons à poursuivre vos démarches et à jouer un rôle actif dans le développement de votre enfant. Vos efforts seront récompensés par une multitude de petites victoires qui auront, au fil du temps, un impact majeur sur le développement de votre enfant.

Veillez remplir un formulaire par personne autiste. Les fonds seront distribués une fois par année, mais le conseil d'administration se réserve le droit d'allouer des dons en situation d'urgence tout au long de l'année. La date de distribution de fonds sera annoncée sur notre site internet. Dans les jours qui suivent, si votre demande est acceptée, nous vous contacterons afin de vous transmettre les directives associées au don accordé.



## Renseignements de base

Prénom et nom du demandeur:

Prénom et nom de la personne autiste:

Âge de la personne autiste :

Lien avec le demandeur:

Adresse:

Ville:

Code Postal :

Téléphone (ou cell):

Courriel:

Revenu familial annuel:

**(Veuillez inclure le dernier avis de cotisation des 2 parents dans le cas de famille mariée, divorcée ou séparée.)**

## État actuel de votre enfant

Avez-vous obtenu un diagnostic d'autisme, de T.E.D. ou de T.S.A. de la part d'un professionnel de la santé? **(Si oui, inclure le rapport s'il s'agit d'une première demande)**

oui Indiquez le diagnostic :

non Quelles sont les démarches actuellement entreprises?

**(Joindre tous documents pertinents)**





## État des services souhaités

Veillez faire un résumé des services que vous aimeriez offrir à votre enfant si votre demande est acceptée.

Somme	Fréquence	Service

## Autres renseignements pertinents

Vous pouvez également nous signaler tout autre fait pertinent qu'il serait important que nous connaissions afin de mieux nous exposer votre situation. (Nombre d'enfants à charge, perte d'emploi, situation familiale particulière, etc.)

---

---

---

---

---

---

---

---

## Aide financière

Recevez-vous une aide financière pour le même projet d'un autre organisme? \_\_\_\_\_

Si oui, veuillez inscrire le nom de l'organisme et le montant alloué :

---

---

---

**Vous pouvez joindre une lettre, feuillet ou tout autre document si vous ne disposez pas de suffisamment d'espace.**



## Déclaration

Je déclare que tous les renseignements déclarés sont exacts et véridiques.

Signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

Veillez faire parvenir ce formulaire à l'adresse suivante :

Par la poste:      Action Autisme  
4278 Boul St-Rose,  
Laval  
H7R 1X4

Par courriel: [info@actionautisme.org](mailto:info@actionautisme.org)

### Avez-vous inclus:

- Le rapport du diagnostic, s'il s'agit d'une première demande
- Vos derniers avis de cotisations