



## 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 indiscrettes. 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 implantées un programme de stimulation précoce à la maison ainsi qu'aux personnes autistes adultes nécessitant l'aide de professionnels spécialisés.

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 bien-être. Vos efforts seront récompensés par de petites victoires qui, nous l'espérons, feront au fil du temps une différence appréciable.

Veuillez 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.

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE - ADULTE

## Renseignements de base

Prénom et nom de la personne autiste :

Âge de la personne autiste :

Prénom et nom du professionnel de soutien (optionnel) :

Titre et organisme du professionnel :

Adresse :

Ville :  Code Postal :

Téléphone (ou cell) :

Courriel :

Source de revenu et profession (s'il y a lieu) :

## Information diagnostique

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 les documents lorsqu'il s'agit d'une première demande)

oui Indiquez le diagnostique :

non Quelles sont les démarches actuellement entreprises? (Joindre tous les documents pertinents)

## Description de vos besoins

Veillez expliquer en quoi consiste votre demande de don, détaillez votre projet :

## État des services souhaités

Indiquez le nom de l'organisme auprès duquel vous retiendrez des services ainsi que leurs coordonnées et préciser les coûts liés à votre projet ou nous fournir une soumission.

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE - ADULTE

## État des frais encourus

Veillez faire un résumé des dépenses que vous assumez sur une base régulière, s'il y a lieu (logement, formations, services thérapeutiques, autres)

Somme	Fréquence	Service
Ex : 350.00\$	/mois	loyer
Ex : 360\$	/session	Cours de chant

## 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 :

# DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE - ADULTE

**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.

Personne qui a rempli le formulaire :

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 de votre première demande