



DIRECTIVES POUR LA DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

La Fondation Hippo a pour mission de rendre accessible financièrement des services d'hippothérapie (cf Annexe 1) selon les plus hauts standards de qualité aux enfants présentant des besoins. La Fondation Hippo offre de l'aide financière deux fois par année. Les formulaires de demande d'aide doivent être reçus au plus tard le 1^{er} mai ou le 1^{er} novembre.

Démarches :

Compléter le formulaire de demande d'aide.

Fournir :

- Une lettre présentant votre enfant, sa situation familiale, ses besoins et pourquoi l'hippothérapie pourrait l'aider (environ 1 page);
- Une copie du certificat de naissance de votre enfant;
- L'avis de cotisation de l'ARC le plus récent et les pages 1 et 2 du formulaire T1 correspondant;
- Dans un contexte d'assistance sociale : une copie des talons de chèque du dernier paiement;
- Un rapport d'ergothérapie et/ou de physiothérapie datant de moins de 6 mois ainsi que tous les rapports pertinents (orthophonie, physiatrie...)
- Le dernier plan d'intervention (école et/ou centre de réadaptation – facultatif)

Politiques en matière d'utilisation des fonds :

- Les fonds doivent être utilisés uniquement dans un centre québécois accrédité par l'Association Canadienne d'Équitation Thérapeutique (ACET) où un professionnel de la réadaptation (ergothérapeute, physiothérapeute, orthophoniste) détenant une certification de l'Association Américaine d'Hippothérapie (AHA) offre les services;
- L'enfant doit être un résident permanent du Québec;
- Le ou les tuteurs doivent avoir épuisé toute autre forme de financement à leur disposition (pour les traitements d'hippothérapie) avant de faire une demande à la Fondation (ex : assurances, autres fondations, aide financière d'un proche...);
- Les demandes incomplètes seront retournées et non traitées;
- Les politiques en matière de subvention de la Fondation Hippo peuvent être modifiées sans préavis;

Envoyer votre demande par la poste au :

16 rue de l'Union

C.P. 324 BP St-Charles-Sur-Richelieu

St-Charles-Sur-Richelieu (Québec)

J0H 2G0

Pour toutes questions relatives à la demande d'aide, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone : 514-940-3112



FORMULAIRE DE DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Nom de l'enfant : _____ Date de naissance : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Province : _____ Code postal : _____

No. téléphone : maison : _____ travail : _____ cellulaire : _____

Courriel : _____

Diagnostic (facultatif) : _____

Avez-vous déjà reçu une aide financière de notre Fondation? Oui Non Année : _____

PARENTS

Nom de la mère : _____

Statut matrimonial : Mariée Divorcée/séparée Conjoint de fait Célibataire Veuve

Nom du père : _____

Statut matrimonial : Marié Divorcé/séparé Conjoint de fait Célibataire Veuf

FRÈRES ET SOEURS

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

Nom : _____ Âge : _____

AUTRES PERSONNES SIGNIFICATIVES (Inscrire toutes les personnes qui résident avec vous)

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu : _____

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu : _____

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu : _____

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu : _____

Nom : _____ Âge : _____ Lien avec l'enfant : _____ Revenu : _____

SERVICES

Votre enfant reçoit-il des services de réadaptation : Oui Non

Services publics :

Nom de l'établissement/clinique : _____

Nom de l'ergothérapeute : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Nom du physiothérapeute : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Nom de l'orthophoniste : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Nom du médecin : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Services privés :

Nom de l'établissement/clinique : _____

Nom de l'ergothérapeute : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Nom du physiothérapeute : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

Nom de l'orthophoniste : _____ Fréquence du suivi/mois : _____

SERVICES DEMANDÉS (pour 6 mois)

Fréquence des séances d'hippothérapie demandée (1x/sem, 2x/sem...) : _____

Montant demandé (en fonction du tarif horaire du centre) : _____

Autres sources de financement de la famille :

Assurance privée Montant alloué : _____ \$

Autre Description : _____ Montant alloué : _____ \$

Contribution des parents (par séance ou au total) : _____ \$

**La contribution des parents est nécessaire à l'octroi d'une subvention. Nous vous demandons donc d'inscrire le montant que vous pouvez déboursier par séance d'hippothérapie **

IDENTIFICATION DU CENTRE

Nom du centre accrédité par l'ACET : _____

Coordonnées : _____

Adresse

Ville

Code postal

Téléphone

Nom du thérapeute traitant accrédité par l'AHA : _____

No. de permis de pratique OEQ ou OPPQ : _____

CALCUL DE L'AIDE FINANCIÈRE

- A) Montant total des services d'hippothérapie demandé : _____ \$
- B) Autres sources de financement : _____ \$
- C) Contribution des parents : _____ \$
- D) Montant subventionné : _____ \$

COMMUNICATION DES RENSEIGNEMENTS

J'accepte que la Fondation Hippo :

- Communique avec le centre d'hippothérapie qui offrira le service afin de faciliter la prise en charge et les modalités de paiement;
- Communique avec les professionnels de la santé nommés ci-dessus afin d'obtenir des précisions sur la situation de mon enfant.

Veuillez noter que la Fondation Hippo s'engage à conserver l'information confidentielle.

Initiales (_____)

RENONCIATION

Je libère la Fondation Hippo de toutes responsabilités, perte, coûts, dommages, poursuite ou toute autre procédure de quelque nature que ce soit, que quiconque a subis, soulevés ou intentés de quelques manières que ce soit, en relation avec cette demande ou occasionné par celle-ci.

Initiales (_____)

CERTIFICATION

Je reconnais avoir lu les directives de la demande d'aide financière de la Fondation Hippo et je certifie que l'information fournie dans la présente demande est véridique et complète au meilleur de ma connaissance.

Initiales (_____)

Veuillez réviser le formulaire de demande d'aide pour vous assurer que tous les renseignements de même que les lettres et les documents requis sont fournis.

Si des renseignements sont omis ou si le formulaire est incomplet, ce dernier sera retourné pour être dûment rempli, ce qui annulera la demande.

Prière de conserver une copie pour vos dossiers.

AIDE-MÉMOIRE

N'oubliez pas de joindre ces documents avant l'envoi :

- Les TROIS (3) pages du formulaire de demande d'aide financière complétées et initialisées aux endroits indiqués (p.2-3-4);
- La lettre présentant votre enfant;
- La photocopie du certificat de naissance de votre enfant;
- La documentation confirmant le revenu familial brut;
- Les rapports d'ergothérapie et/ou de physiothérapie datant de moins de 6 mois;
- Les autres rapports pertinents (facultatif);
- Le dernier plan d'intervention (facultatif).



Annexe 1

La Fondation Hippi offre de l'aide financière pour les services d'hippothérapie offerts par un professionnel de la santé (ergothérapeute ou physiothérapeute) détenant une accréditation de l'American Hippotherapy Association (AHA www.americanhippotherapyassociation.com). Ce professionnel doit pratiquer dans un centre accrédité par l'Association Canadienne d'Équitation Thérapeutique (ACET www.cantra.ca).

Veuillez noter que la Fondation Hippi n'offre aucune aide financière pour les services d'équitation thérapeutique, d'équithérapie, de thérapie assistée par le cheval ou de zoothérapie.

Afin d'être reconnus par la Fondation Hippi, les centres doivent fournir la documentation suivante :

- Lettre décrivant le centre, ses activités et ses critères de qualité;
- Copie du certificat d'accréditation de l'ACET du centre;
- Copie de la certification de l'AHA du/des professionnels traitant;
- Copie de la carte de membre de l'ordre professionnel (OEQ ou OPPQ) des professionnels traitant;

La Fondation Hippi invitera le responsable du centre ou le thérapeute traitant dans le cadre d'une de ses assemblées. Cette rencontre permettra de faire connaître la Fondation, ses activités et son fonctionnement. Les centres seront invités à participer aux différentes activités de la Fondation.

Envoyer votre demande par la poste à :

**16 rue de l'Union
C.P. 324 BP St-Charles-Sur-Richelieu
St-Charles-Sur-Richelieu (Québec)
J0H 2G0**

Pour toutes questions, n'hésitez pas à communiquer avec nous par téléphone : 514-940-3112.