



FONDATION
KIMÉYAN

FORMULAIRE DE
DEMANDE DE SOUTIEN



FONDATION
KIMÉYAN

SURMONTER À CHEVAL
Chevaucher l'espoir

Nouveau dans la région, la Fondation Kiméyan permet l'accessibilité à des services d'équitation thérapeutique pour toutes personnes vivant une situation difficile, un diagnostic, ayant connu des abus, des traumatismes, ayant à surmonter de grandes épreuves ou vivant avec des limitations physiques. Née du service d'équitation thérapeutique offert par le Ranch Kiméyan depuis 2015, la fondation souhaite aider et soutenir un plus grand nombre de personnes, et ce, de partout au Québec.

MISSION

Permettre aux personnes de surmonter leurs difficultés et d'atteindre leur plein potentiel par :

- » De l'accompagnement spécialisé via des services thérapeutiques équestres personnalisés ;
- » Des actions mobilisant la communauté pour l'accessibilité à des ressources alternatives ;
- » De la promotion des biens faits et du travail d'équipe (avec l'entourage : parents, professionnels et amis) et des alliances stratégiques.

VISION

La valorisation et l'épanouissement des personnes grâce à la considération de la communauté et aux qualités relationnelles du cheval.

VALEURS

Visant le bien-être, la Fondation a pour valeurs organisationnelles : l'accessibilité, l'entraide, le professionnalisme, le dépassement, l'authenticité.



FORMULAIRE DE DEMANDE DE SOUTIEN



FONDATION
KIMÉYAN

SURMONTER À CHEVAL
Chevaucher l'espoir

Les demandes de soutien à la Fondation Kiméyan se font en **2 étapes**.

1. Remplir ce présent formulaire qui vise à :

- Connaître la personne concernée;
- Son âge;
- Son histoire;
- Sa situation;
- La raison de la demande;
- Les attentes face à cette demande;
- À quoi servira le montant;
- Etc.

S.V.P., nous faire parvenir ce formulaire, par courriel (info@fondationkimeyan.com). Seules les demandes dûment remplies seront évaluées.

La Fondation Kiméyan se donne un délai de 3 semaines, à partir de la date de réception d'une demande, pour analyser celle-ci et pour rendre réponse.

2. Suite à une réponse favorable de l'étape 1, des documents additionnels seront demandés pour compléter la demande :

- Renseignements financiers (selon le cas);
- Copie de dernier Avis de cotisation de l'Agence de revenu du Canada;
- Preuve du diagnostic signée par un médecin et/ou un professionnel entourant la personne en question (si le cas s'applique). Pour certaines conditions, une autorisation médicale peut être nécessaire avant de monter à cheval;
- Une lettre d'appui d'un professionnel (travailleur social, ergothérapeute, médecin ou autre) impliqué de près dans votre démarche (si le cas s'applique);
- Autre(s) document(s) à la demande de la Fondation.

La personne s'engage à fournir tous les documents demandés. Suite à la réception de ceux-ci, la Fondation Kiméyan vous informera dans un délai de 2 à 3 semaines du nombre de séances auxquelles vous aurez droit ainsi que les conditions s'y rattachant (délai d'utilisation, contribution monétaire, implication, règles d'assiduité, etc.)



INFORMATIONS

sur la personne ayant besoin des services de la Fondation Kiméyan

Nom : _____

Adresse : _____

Ville : _____

Code postal : _____

Courriel : _____

Téléphone : _____

Cellulaire : _____

- Femme
- Homme
- Autre : _____
- Ne pas répondre

Date de naissance : _____

Âge : _____

Diagnostiques ou besoins à travailler : _____
(ex.: Anxiété / TDA(H) / Dépression / Accidenté / Traumatisme / Déficience...)

ATTENTES / DEMANDE

par rapport à la Fondation Kiméyan

- Équitation thérapeutique
- Autres : _____
- Montant souhaité comme soutien financier de la part de la Fondation* : _____
* Une seule demande par année acceptée.



DESCRIPTION

sur la **personne ayant besoin des services** de la Fondation Kiméyan

La Fondation désire connaître la personne concernée par cette demande. Pourquoi a-t-elle besoin de nos services, quelle est son histoire, sa personnalité, sa/ses problématique(s), ses défis à surmonter et/ou conditions à améliorer, etc.

1 000 mots maximum



Est-ce qu'un médecin ou un professionnel de la santé vous recommande les services en équitation thérapeutique ?

oui non

Si oui, précisez qui est cette personne.

En lien avec les besoins de la personne, est-ce que celle-ci reçoit des services de la part d'autres professionnels (physiothérapeute, ergothérapeute, orthophoniste, psychoéducateur, psychologue, ...) en privé ou à l'aide du réseau de la santé.

oui non

Si oui, avez-vous l'ouverture à travailler en équipe avec les partenaires afin de bien répondre aux besoins de la personne?

oui non

Si non, expliquez les raisons.

DOCUMENT À FOURNIR

Si vous présentez des limitations physiques ou un diagnostic de trisomie 21, une autorisation médicale est nécessaire pour les séances d'équitation thérapeutique. Veuillez fournir l'autorisation médicale afin que la demande puisse être analysée.



Expliquez comment la Fondation vous viendrait en aide.
150 mots maximum

RENSEIGNEMENTS ADDITIONNELLES

Intérêt(s) / passion(s) de la personne qui aura besoin des services de la Fondation :

Quelle est votre expérience avec les animaux ?

Au cours des 5 dernières années, quels ont été vos implications et/ou votre bénévolat au sein de la communautés (implications de la personne et/ou du demandeur de services)?



RENSEIGNEMENTS FINANCIER

Revenu familial : _____

Est-ce que vous détenez un moyen d'obtenir du soutien financier pour les séances d'équitation thérapeutique grâce à un programme d'assurance, de répit-dépannage, d'aide aux employés, d'indemnisation ou autre? oui non

DOCUMENT(S) À FOURNIR

Si les besoins de la personne apportent des dépenses majeures impactant vos revenus familiaux, vous pouvez fournir des preuves des montants défrayés pour les besoins de la personne afin que la Fondation puisse considérer le tout dans l'analyse de la demande.

INFORMATIONS

sur la **personne qui remplit** la demande

Nom :

Adresse :

Ville :

Code postal :

Courriel :

Téléphone :

Cellulaire :

Si cette demande n'est pas pour vous-même, qui fait cette demande

- Mère
- Père
- Mère ET Père
- Tuteur légal
- Autre : _____

Situation familiale

- Famille biparentale
- Famille reconstituée
- Famille monoparentale
- Famille d'accueil
- Autre : _____

Êtes-vous d'accord pour participer aux séances, avec la personne concernée, si besoin ?

- Oui Non

SIGNATURE

de la personne qui remplit la demande

JE _____ certifie que les renseignements contenus dans
cette demande d'aide sont véridiques et complets.

Signature

Date

S.V.P., nous faire parvenir ce formulaire
par courriel au info@fondationkimeyan.com.
Seules les demandes dûment remplies seront évaluées.