

****

|  |
| --- |
| **Dossier de candidature**  **Dispositifs d’appui protection de l’enfance et handicap** |

*Dossier à transmettre (15 pages maximum) au plus tard le* ***4 octobre 2019 à 18h***

1. **Présentation des co-porteurs de projet**

|  |
| --- |
| **Candidat du secteur médico-social handicap**  Nom du gestionnaire :  Nom de la structure porteuse :  Adresse :  Site web :  FINESS EJ :  FINESS ET :  **Représentant légal** :  Nom :  Prénom :  Fonction :  **Personne responsable/référente du projet** :  Nom :  Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Email : |
| **Activité(s) principale(s) de la structure** |

|  |
| --- |
| **Candidat du secteur de la protection de l’enfance**  Nom du gestionnaire :  Nom de la structure porteuse :  Adresse :  Site web :  … :  **Représentant légal** :  Nom :  Prénom :  Fonction :  **Personne responsable/référente du projet** :  Nom :  Prénom :  Fonction :  Téléphone :  Email : |
| **Activité(s) principale(s) de la structure** |

1. **Description du projet**

**Contexte territorial et besoins repérés :**

*Caractéristiques populationnelles, socio-économiques, vision qualitative…*

|  |
| --- |
|  |

**Conditions favorables à la réussite du projet ; points de vigilance :**

|  |
| --- |
|  |

**Localisation du dispositif et couverture territoriale :**

*En cas d’implantation multi-sites, préciser les communes dans une visée de maillage territorial*

|  |
| --- |
|  |

*Si un accueil du public est prévu dans un local dédié : préciser équipements, modalités d’accueil*

|  |
| --- |
|  |

**Public cible**

|  |
| --- |
|  |

**File active annuelle estimée :**

|  |
| --- |
|  |

**Modalités partenariales de repérage des usagers et de leurs besoins :**

|  |
| --- |
|  |

**Prestations proposées en tant qu’interventions directes auprès des usagers et leur entourage**

*Une prestation par tableau : ajouter autant de tableaux que d’actions de nature différente*

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé et nature de la prestation |  |
| Description et localisation |  |
| Rythme, fréquence envisagée |  |
| Public cible |  |
| Coût de l’action et modalités de financement |  |
| Moyens humains |  |
| Commentaire éventuel |  |

**Prestations proposées en partenariat**

|  |  |
| --- | --- |
| Porteur de la prestation |  |
| Intitulé et nature de la prestation |  |
| Description et localisation |  |
| Rythme, fréquence envisagée |  |
| Public cible |  |
| Coût de l’action et modalités de financement |  |
| Moyens humains |  |
| Commentaire éventuel |  |

1. **Organisation et gouvernance**

**Equipe pluridisciplinaire salariée du dispositif :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qualification | Compétences mobilisées | Equivalents temps pleins |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **….** |  |  |

Effectif total (en personnel et ETP) : …………………

**Le cas échéant, professionnels libéraux sous conventionnement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qualification | Compétences mobilisées |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **….** |  |  |

**Gouvernance - Comité de pilotage** :

*Participants, rôle, rythme*

|  |
| --- |
|  |

**Plan de formation de l’équipe et/ ou intervenants**

*Thèmes, cible, calendrier de mise en œuvre, besoins restant à couvrir, …*

|  |
| --- |
|  |

**Plan de communication** :

*Supports, modalités de diffusion, relais, publics cibles (grand public, professionnels)*

|  |
| --- |
|  |

**Partenariats :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Structure, localisation | Actions ou type de contribution | Partenariat effectif ou en projet (préciser calendrier) | Modalités de formalisation (conventions) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. **Budget prévisionnel**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de la dépense** | **Montant en €** |
| Dépenses de personnel |  |
| Dépenses de fonctionnement :  … |  |
| Dépenses liées aux prestations  … |  |
| Autres |  |
| **Total** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des recettes** | **Montant en €** |
| Part ARS BFC |  |
| Part CD Saône-et-Loire |  |
| Autre (valorisation…) |  |
| **Total** |  |

1. **Calendrier de mise en œuvre**

**Calendrier pour mise en œuvre opérationnelle**

|  |
| --- |
|  |

1. **Autres**

**Commentaire libre : précisions, remarques…**

|  |
| --- |
|  |