|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Résultat d’images pour fse |  | Résultat d’images pour logo union européenne | Ce projet est cofinancé par le Fonds social européen et dans le cadre du programme opérationnel national  Emploi et Inclusion » 2014-2020 |

**PROGRAMME DEPARTEMENTAL D’INSERTION**

**RECUEIL D’INITIATIVES 2020**

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT**

#### FICHE DE PRESENTATION DU PROJET

**ANNEE 2020**

**DATE DU DEPOT DE LA DEMANDE :**

**(à remplir par les services de la direction action sociale et insertion)**

NOM DE L’ORGANISME :

Nature juridique :

❒ Association loi 1901 : nombre d’adhérents................ ❒ date d’inscription au Journal Officiel.............

* Autres..................................................................................
* Année de création..............................

 *(Fondation, groupement d’intérêt public, bureau d’action sociale ... préciser)*

n° SIRET :

Adresse :

Téléphone : Fax :

Courriel :

Références bancaires :

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structure |  |
| Agence bancaire |  |
| N° de compte |  |
| Code établissement |  |
| Code guichet |  |
| Clé RIB |  |

Contact /Personne référente par rapport au projet déposé :

Nom et coordonnées du ou des intervenants de l’action :

**L’opérateur doit préciser si la prestation est réalisée en direct ou sous-traitée et dans ce cas préciser le nom et les références du sous-traitant, ainsi que les relations contractuelles qui les lient (et joindre les documents correspondants).**

Pièces à joindre :

- Cf. page 5 du recueil d’initiatives PDI 2020, la rubrique « Pièces à joindre au dossier »

Est également à joindre :

- le PV de la dernière Assemblée générale

**PROJET**

**INTITULE DE L’ACTION :**

**LIEU DE L’ACTION :**

⮱ Adresse :

⮱ Téléphone, fax et courriel :

❒ Action nouvelle ❒ Reconduction ou poursuite du projet ❒ Projet innovant

**TYPE DE PROJET**

**Le porteur du projet précisera l’axe et la thématique dans lesquels se situe le projet**

**Premier axe : Accueillir, orienter et mobiliser les bénéficiaires du RSA vers une démarche**

**d’insertion adaptée pour amorcer dès le début du parcours, une dynamique d’accès à l’emploi** ❒

* Fiche A1 01 : Référence RSA ❒
* Fiche A1 02 : Remobilisation vers l’emploi ❒

**Deuxième axe : Lever les freins susceptibles de compromettre la réussite du parcours,**

**aider les bénéficiaires à consolider leur insertion sociale et professionnelle et les accompagner** ❒

**dans le règlement des difficultés périphériques générées par une démarche d’insertion**

* Fiche A2 01 : Remobilisation pour l’émergence d’une dynamique ❒
* Fiche A2 02 : Acquisition des savoirs de base/savoirs fondamentaux ❒
* Fiche A2 03 : Lutte contre le surendettement ❒
* Fiche A2 04 : Intervention auprès des personnes sans domicile personnel ❒

**Troisième axe : Accompagner les bénéficiaires relevant de la compétence du Département de l’Aude** ❒

**vers un seuil d’employabilité qui leur permettra d’être orientés vers l’emploi durable**

* Fiche A3 01 : Emergence et accompagnement au projet professionnel ❒
* Fiche A3 02 : Création d’activité ❒
* Fiche A3 03 : Insertion par l’Activité Economique (ETTI, EI, AI, ACI)
* Fiche A3 04 : Autres actions innovantes d’acquisition de compétences ❒
* Fiche A3 05 : Permettre l’accès au financement solidaire pour la mise en place de projets ❒

**Quatrième axe : Permettre l’accès à l’emploi et sa pérennisation** ❒

* Fiche A4 01 : Accompagnement dans l’emploi ❒
* Fiche A4 02 : Autres actions d’accompagnement vers l’emploi (dont mobilité) ❒
* Fiche A4 03 : Accompagnement des structures d’insertion et des structures employeuses de personnes en insertion ❒

**CONTEXTE : DIAGNOSTIC GENERAL**

**Lieux d’intervention :**

- Territoire d’insertion concerné par l’action …………………………………………………………………………

- ALI concernée par l’action …..

- Le cas échéant Communes de…………………………………………………………………………………………..

**Etat des lieux des besoins ET PROBLEMATIQUES du territoire A L’ORIGINE DU PROJET**

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

**Si demande de reconduction de l’action** : **Bilan général de l’action n-1.**

**L’opérateur devra indiquer les objectifs poursuivis en 2019, le nombre de bénéficiaires prévus et accueillis au 30/06/2019, les objectifs pour les bénéficiaires à l’entrée dans l’action et l’évolution de leurs situations à la sortie de l’action (ou au 30/06/2019).**

**Commentez les écarts constatés entre résultats attendus et résultats obtenus.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 …..

 ….……………………………………………………………………………………………………………………………………

 …..

 …..

 …..

 …..

**L’opérateur devra compléter le tableau des participants en 2019 joint en annexe.**

**DESCRIPTION DE L’ACTION 2020**

**OBJECTIF DE L’ACTION (se référer au tableau joint en annexe) :**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Résultats attendus** (se référer au contenu du tableau joint) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

…… …...

……………………………………………………………………………………………………………………………………

**DESCRIPTION DU PUBLIC ACCUEILLI DANS L’ACTION :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………

 **Nombre prévisionnel de bénéficiaires dont :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Public | **Hommes** | **Femmes** | **TOTAL** |
| Bénéficiaires RSA orientés par un référent d’insertion socioprofessionnelle |  |  |  |
| Autres, le cas échéant : précisez …………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |

**DUREE DE L’ACTION** :

Date de démarrage : d’achèvement : .................................................

*(Préciser les éventuelles périodes d’interruption) :*

**CONTENU ET DEROULEMENT DE L’ACTION : Précisez le cas échéant les différentes étapes de l’action, et indiquez notamment si l’action est réalisée sous forme de sessions (dates) ou en entrées et sorties permanentes.**

**ARTICULATIONS ET COMPLEMENTARITE AVEC L’OFFRE LOCALE D’INSERTION (PDI et hors PDI)**

**La priorité sera donnée aux actions prévoyant les partenariats, la mutualisation des moyens mis en œuvre, sur les territoires ou entre les territoires, et la complémentarité avec d’autres actions d’insertion pour favoriser la bonne mise en œuvre des parcours d’insertion des bénéficiaires.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**COORDINATION AVEC LES REFERENTS D’INSERTION SOCIOPROFESSIONNELLE, ET NOTAMMENT POUR PREPARER LA SUITE DES PARCOURS DES BENEFICIAIRES :**

**Les référents d’insertion socioprofessionnelle mandatés par le Département de l’Aude orienteront les personnes bénéficiaires du RSA vers l’opérateur au moyen d’une lettre d’orientation.**

**A la sortie de l’action des bénéficiaires du RSA, l’opérateur transmettra obligatoirement aux référents d’insertion socioprofessionnelle les bilans par retour de la lettre d’orientation complétée.**

….………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………

**MOYENS ENVISAGES : HUMAINS, MATERIELS-TECHNIQUES, METHODOLOGIQUES ET LOGISTIQUES :**

**L’opérateur doit fournir l’organigramme complet de la structure ainsi que la répartition du personnel sur chaque action menée par la structure**.

……..

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………

………………………………………………………………………………………………………………………………..

Merci de bien vouloir décrire en détail les locaux

 **Horaires d’ouverture :**

**Horaires de fermeture :**

**Horaires et jours d’accueil du public :**

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

……………………………………………………………………………………………………………………………….

**L’opérateur, outre le budget prévisionnel ventilé par actions, devra indiquer les modalités de calcul des éventuels frais de structure et de répartition de ces frais entre les différentes actions de la structure ainsi que la répartition des amortissements.**

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**L’opérateur certifie être en règle au plan administratif, au plan comptable, et notamment au regard de ses obligations d’employeur.**

 Fait à …………………………………………………………., le

 L’opérateur

***(Signature et cachet de l’organisme)***

**Annexe 1 : tableau des participants en 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM Prénom** | **Sexe** | **Adresse** | **Commune** | **Résident quartier politique de la ville (oui / non)** | **N° allocataire CAF** | **Date d’entrée dans l’action** | **Situation au 30 juin 2019** |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |   |

**Annexe 2 : Objectifs des actions du PDI**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Axes** | **Objectifs opérationnels CE** | Contenu |
| **Vie familiale et sociale** | **Améliorer la gestion du quotidien** | - Etre autonome dans l’organisation du quotidien et les démarches à effectuer- Organiser ses déplacements  |
| **Connaître ses droits et pouvoir les utiliser** | - Connaître ses droits et devoirs (dont RSA et droits annexes)* Accéder à ses droits et les utiliser
* Solliciter les organismes adaptés
 |
| **Assumer son rôle au sein de la famille et dans l’emploi** | * Connaître et valoriser ses compétences éducatives auprès de ses enfants
* Suivre la scolarité des enfants
* Utiliser les différents modes de garde
* Concilier vie familiale et vie professionnelle
* Garantir à la famille des rythmes de vie adaptés
* Améliorer les conditions de vie familiale
 |
| **Participer à l’environnement social et à la vie sociale** | * Valoriser ses compétences en dehors de la cellule familiale
* S’adapter à son quartier, son lieu de vie
* Participer à des activités à l’extérieur
 |
| **Axes** | **Objectifs opérationnels CE** | Contenu |
| **Logement** | **Accéder et se maintenir dans un logement adapté** | - Rechercher et accéder à un logement adapté (adapté = à la vie familiale –composition, organisation, aux ressources, aux conditions d’hygiène)- Connaître et faire valoir ses droits et devoirs de locataire- Entretenir son logement, avoir des relations de voisinage adaptées- Avoir des relations adaptées avec les propriétaires |
| **Etre en mesure de payer ses charges de logement** | - Payer régulièrement ses charges de logement- Respecter un plan d’apurement des dettes locatives |
| **Axes** | **Objectifs opérationnels CE** | Contenu |
| **Santé** | Se soigner | - Etre conscient de la nécessité d’un bon état de santé- Reconnaître, surmonter ses difficultés de santé- Engager des démarches de soins adaptées- Prendre soin de la famille (difficulté particulière) |
| **Avoir une couverture sociale** | - Se doter d’une couverture sociale (CMU ou autre)- S’acquitter régulièrement des frais afférents - Organiser la prise en charge de frais coûteux |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Axes** | **Objectifs opérationnels CE** | Contenu |
| **Budget** | Gérer son budget | - Utiliser le budget pour répondre aux besoins du foyer - S’acquitter de ses charges régulièrement- Solliciter ou accepter un accompagnement budgétaire |
| Résorber son endettement | - Prendre conscience de ses difficultés financières- Entreprendre des démarches adaptées - Respecter un plan d’apurement |
| **Axes** | **Objectifs opérationnels CE** | Contenu  |
| **Insertion professionnelle** | Engager une démarche vers l’emploi | - Etre disponible pour une démarche professionnelle (freins à l’emploi levés)- Acquérir des compétences de base- Engager une ou des actions vers l’emploi  |
| **Définir un projet professionnel** | - Formaliser, évaluer, tester et valider un projet professionnel adapté- Réorienter un projet professionnel |
| **Acquérir ou compléter des compétences professionnelles** | - Acquérir, réactualiser ou compléter des compétences techniques ou transversales (savoirs et savoir-faire)- Adopter des comportements de travail adaptés (savoir-être) |
| **Se former** | - Accéder à une formation pré-qualifiante ou qualifiante et/ou diplômante et l’effectuer en totalité |
| **Créer ou développer une activité** | - Faire émerger et élaborer un projet de création- Mettre en œuvre un projet de création- Consolider, pérenniser son activité, son entreprise- Expertiser son activité- Cesser une activité- Réorienter son projet professionnel |
| **Accéder ou se maintenir dans l’emploi** | - Mettre en œuvre un projet professionnel- Accéder à un emploi (hors IAE)- Se maintenir dans l’emploi- Augmenter ses heures de travail |