

**Thématique :**

**soutenir et renforcer l’accueil des enfants en situation de handicap dans les structures et services de droit commun**

Gestionnaire-porteur du projet :

Nom du représentant légal :

Adresse :

Coût total du projet : € HT € TTC

Montant de l'aide sollicitée :

INVESTISSEMENT [ ]  FONCTIONNEMENT [ ]



****

**IMPORTANT**

**Aucune subvention ne peut être accordée pour des acquisitions ou travaux déjà réalisés**

**avant la notification de la Caf.**

**PRESENTATION DU PROJET**

Nom de la structure concernée par le projet :

Type de structure : Eaje [ ]  Alsh [ ]  Autre [ ] :

Adresse de correspondance :

Code postal : Commune :

**Coordonnées du référent de l’action**

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**DESCRIPTION DE L’ACTION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet :****Date de réalisation prévisionnelle :** **Nouvelle action** [ ] *ou***Renouvellement d'action** [ ] * L’action a-t-elle fait l’objet d’un financement Caf ?
* En quelle année ?
 | ***Dans le cas d’une reconduction d’action, fournir obligatoirement*** ***le bilan et l'évaluation de l'action précédente*** |



|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l'action** | [ ]  Actions d’appui au pilotage[ ]  Renforcement du personnel accueillant pour les Eaje[[1]](#footnote-1)*« Cet accompagnement au-delà du bonus « inclusion handicap » ne doit pas relever d’une pratique systématique mais lorsque la situation et le projet de l’Eaje le justifie »*.**A justifier** dans la rubrique ci-dessous « Description détaillée de l’action ».[ ]  Renforcement du personnel accueillant pour les Alsh1[ ]  Supervision, sensibilisation des équipes, enfants et adolescents[ ]  Information et accompagnement des familles[ ]  Adaptation des locaux et des équipements**Pour les Alsh** ⮊ Nombre d'enfants accueillis bénéficiaires de l’Aeeh concernés par l’action : **Pour les Eaje** ⮊ Nombre d'enfants accueillis porteurs de handicap *(bénéficiaire de l’Aeeh ou d’un autre accompagnement (à préciser) ou d’une démarche en cours (à préciser))* concernés par l’action :   |
| **Description détaillée de l'action** |  |
| **Résultats attendus** |  |



**PLAN DE FINANCEMENT DE L’ACTION**

**Le montant total des financements accordés par la branche famille ne peut excéder 80%**

**du coût total annuel de fonctionnement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **COÛT** | **MONTANT** | **FINANCEMENT** | **MONTANT** |
| **Achats** |  | **Subvention Caf** ***(montant sollicité indiqué page 1)*** |  |
| **Services extérieurs** |  | **Prestation de service Caf *\*1*** |  |
|  |  | **Bonus handicap** **(pour les Eaje)**  |  |
| **Frais de formation** |  | **Participations familiales *\*1*** |  |
| **Charges de personnel** ***(y compris charges sociales)*** |  |  |  |
| **Autres :** **-** **-** **-**  |  | **Autres :** **-** **-** **-**  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| ***Préciser le montant du surcoût des charges de personnel liées à l’accueil d’enfant(s) en situation de handicap*** |   |  |  |

***\*1 Données obligatoires proratisées en fonction du nombre d’heures d’enfants accueillis en situation de handicap***

|  |
| --- |
| **Fait à**  **le** **Fonction et signature :**   |



**A COMPLETER POUR LES DEMANDES D’AIDE A L’INVESTISSEMENT *(travaux et achats d’équipements)***

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PROJET**

Le montant total des financements accordés par la branche famille et les autres financeurs ne peut excéder 80% du coût de la dépense d'investissement.

Le plan de financement doit être **équilibré, présenté HT pour les collectivités locales et TTC pour les associations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A Compléter impérativement** | **COUT** | **FINANCEMENT** |
| Imputation budgétaire |  |  **€ HT** ***pour les collectivités*** | **€ TTC** ***pour les associations*** |  |  |
| 2  | Travaux |  |  | Apport du demandeur ou promoteur |  |
| 2  | Equipement informatique |  |  | Subvention Etat |  |
| 2  | Equipements autres |  |  | Subvention Région |  |
| 2  |  |  |  | Subvention Département |  |
| 2  |  |  |  | Subvention Collectivités Locales A préciser *(1)* |  |
| 2  |  |  |  | Subvention Caf *(montant indiqué page 1)* |  |
|  | **TOTAL** |  |  | **TOTAL** |  |

1. *Indiquer le nom des organismes sollicités ainsi que le montant de l’aide escomptée et joindre une photocopie des demandes ou des réponses obtenues*

**Fait à le Fonction et signature :**



**LISTE DES PIECES A FOURNIR**

***Obligatoires :***

* **Liste des membres** du Conseil d’Administration pour les associations ou les C.C.A.S. ou celle des membres du Conseil Communautaire composant l’EPCI
* **Rapport d’activité le plus récent**(uniquement pour les associations)
* **Relevé d’identité bancaire**
* **Renseignements techniques :**

- Devis du matériel, le cas échéant

* **Bilan et évaluation de l’action précédente :** uniquement en cas de reconduction d’une action

***Si non fournies lors d’une précédente demande ou si mise à jour récente :***

* **Récépissé de déclaration en Préfecture** pour les associations
* **Arrêté préfectoral** portant création d’un Sivu/Sivom/EPC/Communauté de communes
* **Statuts** (pour les associations ou les EPCI)

*«* La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés garantit un droit d'accès auprès du directeur de la Caf »

1. *Préciser clairement et objectivement les missions de l’animateur embauché pour permettre l’inclusion de l’enfant porteur de handicap dans la structure.* [↑](#footnote-ref-1)