

Appel à projets dans lequel s'inscrit le projet	<input type="checkbox"/> Renforcement de l'accompagnement socio professionnel au sein des Ateliers-Chantiers d'Insertion (ACI)
Organisme porteur du projet	

Documents à fournir obligatoirement avec le dossier :

- Courrier de demande de soutien financier adressé au Président du département, signé du responsable légal de la structure
- Documents permettant l'identification du porteur de projet : Statut, SIRET, RIB, composition du Conseil d'administration et du bureau, copie de la publication au JO ou du récépissé de la déclaration à la préfecture
- La convention IAE et l'agrément préfectoral pour l'année en cours faisant état du nombre de postes agréés (ou l'attestation de dépôt de la demande en cours d'agrément ou de renouvellement). En cas de production d'attestation de dépôt, l'agrément sera exigé au moment du calcul du solde par le Conseil départemental.
- Dernier bilan et compte de résultat approuvés
- Dernier rapport du commissaire aux comptes
- Ensemble des CV et des diplômes du personnel en charge de l'accompagnement socio-professionnel
- Contrat de travail et lettre de missions du personnel affecté à l'accompagnement socio-professionnel précisant la quotité du temps de travail affectée à l'action,
- Attestation de régularité fiscale
- Attestation de non assujettissement à la TVA

Les dossiers de candidature devront être adressés avant le 07/04/2024 :

- Par lettre recommandée avec avis de réception

À l'attention du Président du Conseil départemental
 Service Emploi Insertion
 Conseil départemental du Cantal
 Hôtel du Département
 28, avenue Gambetta
 15015AURILLAC Cedex.

Le dossier d'appel à projets sera transmis dans une enveloppe cachetée portant les mentions « ne pas ouvrir » et « appel à projet - Renforcement de l'accompagnement socio professionnel au sein des Ateliers-Chantiers d'Insertion (ACI) » qui comprendra une sous-enveloppe contenant l'ensemble des pièces nécessaires au dossier.

- Ou par courriel avec accusé de réception, à l'adresse suivante : dasei.sei@cantal.fr

Pour toute information complémentaire : vous pouvez joindre le chef de projet insertion :

- Morgane ALBEAUX : malbeaux@cantal.fr / 04.71.60.52.22
- Martine SEMETE : msemete@cantal.fr / 04.71.46.22.43

I - IDENTIFICATION DE L'ORGANISME

A/ IDENTITÉ DE L'ORGANISME

Raison sociale

Statut juridique Association
 Autre (préciser) :

Adresse du siège social

Adresse de l'antenne locale
(si différente du siège social)

Activité, objet social

N° SIRET

Assujettissement à la TVA (pour l'action considérée) OUI NON Partiellement

B/ REPRÉSENTANT LÉGAL

Nom et Prénom

Fonction dans l'organisme

Téléphone

Courriel

C/ INTERLOCUTEUR/CORRESPONDANT DE L'ACTION (s'il diffère du représentant légal)

Nom et Prénom

Fonction dans l'organisme

Téléphone

Courriel

D/ ATELIER(S) ET CHANTIER(S) D'INSERTION PORTEUR(S) DE PROJETS

Nom du ou des ACI

II – PRÉSENTATION ET ENGAGEMENT DE L'ATELIER ET CHANTIER D'INSERTION

A/ MOYENS HUMAINS DE L'ORGANISME

	Nombre	ETP
Salariés permanents d'encadrement et administratif		
Accompagnants socio professionnel (CIP) sur l'ACI		
Encadrants techniques		
Salariés en insertion en ACI et ETP conventionnés		

OPCO	
------	--

B/ AUTRES INFORMATIONS PERTINENTES RELATIVES A VOTRE ORGANISME

Êtes-vous affilié à un réseau de l'IAE ?

OUI

NON

Êtes-vous membre d'un réseau ?

OUI

NON

Si oui, lequel ? (réseau de l'IAE, ESS...)

--

Commentaires que vous souhaitez apporter

--

C/ EXPERIENCE DE L'ORGANISME DANS LE DOMAINE

Décrivez l'expérience de l'organisme

--

III – DESCRIPTION DE L'ACTION

Partie à compléter en se référant à l'appel à projets de l'action concernée

A/ CALENDRIER DE RÉALISATION DE L'ACTION

Date de début

jj/mm/aaaa

Date de fin

jj/mm/aaaa

B/ LOCALISATION

Lieux d'exécution

Indiquer l'adresse des lieux d'exécution

C/ NATURE DES TRAVAUX confiés par les chantiers d'insertion

Décrire la nature des travaux ou des types d'ouvrages que vous envisagez de confier aux salariés en insertion

D/ TYPOLOGIE DU PUBLIC ÉLOIGNÉ DE L'EMPLOI

Typologie du public éloigné de l'emploi, statut, proportion de bénéficiaires du RSA, répartition homme/femme...

E/ PERSONNEL AFFECTE A L'ATELIER ET CHANTIER D'INSERTION

Nom Prénom	Fonction (CIP)	ETP consacré à la mission d'accompagnement sur la période	Si la personne a une autre mission dans la structure indiquez laquelle et à quelle quotité de temps de travail :

Moyens mis en œuvre en cas d'absence prolongée (>1 mois) ou de départ anticipée du / des CIP**F/ PERSONNEL AUTRE QUE CONSEILLIER EN INSERTION PROFESSIONNELLE LIE A L'ACTION**

Nom Prénom	Fonction (Éducateur spécialisé, Psychologue, Coordination Secrétaire, Comptable, Directeur...)	ETP consacré à la mission sur la période	Si la personne a une autre mission dans la structure indiquez laquelle:

G/ MODALITES D'ACCOMPAGNEMENT DES PARTICIPANTS

Une heure mensuelle d'entretien est demandée.

Décrire la mise en œuvre de l'accompagnement des participants par l'ACI :

- Rythme des entretiens CIP / salariés en insertion :

- Coordination partenariale à l'entrée du salarié en insertion – pendant le parcours et à la sortie :

- Solutions proposées ou liens établis avec le réseau dans le cas des situations complexes pour éviter les sorties sans solution :

H/ OBJECTIFS OPÉRATIONNELS

En termes d'accompagnement :

- Préparer la reprise d'un emploi des publics : **Préciser les actions prévues de nature à faciliter le retour à l'emploi des salariés des ACI (démarches vers les entreprises, PMSMP, Clauses sociales...).**
- Assurer la progression individuelle des savoir-être et des savoirs faire,
- Faciliter l'accès à des formations afin de développer des compétences transférables,
- Lever tout ou partie des freins à l'emploi,
- Formaliser un projet professionnel.

CONTENU DÉTAILLÉ DE L'ACTION Décrire l'organisation de l'action, les étapes de réalisation, la méthodologie, les moyens mobilisés pour répondre aux objectifs opérationnels...

IV – CRITERES SPECIFIQUES DE SELECTION DE L'ACTION

A/ PARTENARIAT DE L'ACTION

Description des partenariats **existants** (Pôle emploi, Cap emploi, relations avec les Maisons de la Solidarité départementale, Mission locale...)

Partenaires	Type de partenariat (Logistique, humain, financier...) Forme du partenariat (convention...)	Description détaillée des apports et perspectives recherchées

Quels **nouveaux** partenariats allez-vous développer pour mettre en œuvre votre action ?

Partenaires	Type de partenariat (Logistique, humain, financier...) Forme du partenariat (convention...)	Description détaillée des apports et perspectives recherchées

Préciser les modalités de **pilotage** de votre action avec le Département

B/ PARTENARIAT ENVISAGE AVEC LES ACTEURS ECONOMIQUES (ENTREPRISES)

Préciser les actions prévues **facilitant le retour à l'emploi des personnes sortants des ACI** (démarches vers les entreprises).

C/ MOYENS PREVUS POUR ASSURER LA PUBLICITE DE LA PARTICIPATION DU DEPARTEMENT

Indiquer les documents utilisés, supports d'information, sites du Département...

V – INDICATEURS DE REALISATION ET DE RESULTATS

A/ NOMBRE PREVISIONNEL DE PARTICIPANTS

(Se référer à l'appel à projets qui fixe les attentes du Département sur un minimum de bénéficiaires de RSA à accompagner d'au moins 40%)

	2024	
	Tous publics	Dont BRSA
Nombre en simultané - En places		
Nombre d'entrées nouvelles prévues sur l'année - En places		

B/ NOMBRE D'ETP CDDI SOLLICITES AUPRES DES SERVICES DE LA DDETS (tous publics confondus)

2024

C/ RÉSULTATS DES ANNEES PRECEDENTES

Reporter les résultats réalisés en termes de sorties dynamiques validées par l'ASP

	Sorties emplois durables	Sorties emplois de transitions	Sorties positives	Autres sorties
2022				
2023				

ANNEXE 1 : ATTESTATION DE REGULARITE FISCALE

(Attestation à fournir tous les 6 mois)

Je soussigné(e), (nom et prénom)

Représentant(e) légal(e) de l'association

Si le signataire n'est pas le représentant statutaire ou légal de l'association, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures - celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter) lui permettant d'engager celle-ci.

Déclare :

- que l'association est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent formulaire.

Fait, le XX/XX//2024

à

Signature

**ANNEXE 2 : ATTESTATION DE DELEGATION DE SIGNATURE
DU REPRESENTANT LEGAL**

Je soussigné, (nom, prénom et qualité du représentant légal),

en qualité du représentant légal de

(nom de l'organisme bénéficiaire qui sollicite la subvention désignée dans le présent dossier)

ayant qualité pour l'engager juridiquement, atteste que délégation de signature est donnée à

(nom, prénom et qualité du délégataire)

à l'effet de signer tout document nécessaire à la mise en œuvre de l'action décrite dans la présente demande de concours, à son suivi administratif et financier et tout document sollicité par les instances administratives habilitées au suivi, à l'évaluation et au contrôle des aides du Département du Cantal.

Les documents signés en application de la présente délégation de signature, comporteront la mention "pour le représentant légal et par délégation".

Je m'engage à faire connaître toute limitation apportée à cette délégation de signature.

Date :

Prénom, Nom, Qualité du délégataire
Signature

Prénom, Nom, Qualité du représentant légal
Signature et cachet de l'organisme bénéficiaire