|  |
| --- |
| Annexe 3 : Dossier de demande à remplir par les candidats à l’appel à candidatures pour la création de dispositifs d’emploi accompagné |

[1. Renseignements administratifs du gestionnaire 2](#_Toc494110750)

[1.1. Identification de la structure gestionnaire 2](#_Toc494110751)

[1.2. Identification du responsable de la structure 2](#_Toc494110752)

[1.3. Votre structure est : 3](#_Toc494110753)

[2. Description du projet 3](#_Toc494110754)

[2.1. Identification de la personne responsable du projet 3](#_Toc494110755)

[2.2. Bénéficiaires visés par le projet 3](#_Toc494110756)

[2.2.1. Sélectionner le type de public visé : 3](#_Toc494110757)

[2.2.2. Sélectionner le type de public ciblé ci-dessous (plusieurs réponses possibles) : 3](#_Toc494110758)

[2.2.1. Préciser le type de déficience des personnes ciblées : 4](#_Toc494110759)

[2.3. Territoires d’intervention du projet 4](#_Toc494110760)

[2.4. Description succincte du déroulement du projet 4](#_Toc494110761)

[2.4.1. Objectif général du projet d’emploi accompagné et complémentarité avec d’autres dispositifs 4](#_Toc494110762)

[2.4.2. Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap 4](#_Toc494110763)

[2.4.3. Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur. (ex : appui ponctuel du référent emploi accompagné, …) 5](#_Toc494110764)

[2.4.4. Lister les entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir 5](#_Toc494110765)

[2.4.5. Indiquer les modalités de travail envisagées avec la MDPH 6](#_Toc494110766)

[2.4.6. Indiquer les modalités de travail envisagées avec tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place du dispositif 6](#_Toc494110767)

[2.4.7. Offres de services déjà proposées par votre organisme, et coordination du dispositif emploi accompagné avec ces services 6](#_Toc494110768)

[2.4.8. Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet 6](#_Toc494110769)

[2.4.9. Convention de gestion bipartie ou tripartie 7](#_Toc494110770)

[2.5. Modalités de suivi et d’évaluation envisagés : 7](#_Toc494110771)

[2.6. Calendrier du projet 7](#_Toc494110772)

[2.7. Budget du projet 8](#_Toc494110773)

[2.8. Observations complémentaires du projet 8](#_Toc494110774)

## **Renseignements administratifs du gestionnaire**

## Identification de la structure gestionnaire

*(Compléter les informations suivantes)*

Nom de la structure :

Numéro FINESS

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Adresse de son siège social :

Département(s) du siège de votre structure : (sélectionner un département)

Gard (30)

Haute-Garonne (31)

Hérault (34)

Code postal du siège :

Commune :

Adresse mail de la structure :

Adresse site internet :

Téléphone :

Télécopie (fax) :

## Identification du responsable de la structure

Il peut s’agit du (de la) président(e) ou d’une autre personne désignée par les statuts.

*(Compléter les informations suivantes)*

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## Votre structure est :

(Sélectionner l’une des deux options)

1. un établissement ou service médico-social de type ESAT, CRP/CPO, SAVS ou SAMSAH ayant signé une convention de gestion avec un opérateur du service public de l’emploi (Pôle emploi, Cap emploi, une mission locale).
2. un autre organisme, dont les établissements médico-sociaux accompagnant des jeunes handicapées (IME, ASE) ayant conclu une convention de gestion avec un établissement ou service mentionné au (a) ET un opérateur du service public de l’emploi

## **Description du projet**

(Compléter les informations suivantes)

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

## Bénéficiaires visés par le projet

## Sélectionner le type de public visé :

1. Travailleurs handicapés bénéficiant d’une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail;
2. Travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d’aide par le travail mentionné au a du 5° du I de l’article L. 312-1 du code de l’action sociale et des familles ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail;
3. Travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

## Sélectionner le type de public ciblé ci-dessous (plusieurs réponses possibles) :

jeunes adultes handicapés sortants des établissements scolaires

jeunes adultes handicapés sortant d’établissements ou service médico-sociaux

public actif salarié en milieu ordinaire avec des troubles spécifiques

publics accueillis dans un établissement ou service d’aide par le travail

autre : préciser …………………………………………………………………………………………...

## Préciser le type de déficience des personnes ciblées :

Handicap psychique

Troubles du spectre autistique

Déficiences intellectuelles

Troubles du comportement

Autre : préciser ………………………………………………………………………………………...

## Territoires d’intervention du projet

Département (s)

Gard (30)

Haute-Garonne (31)

Hérault (34)

Commune (s) :

## Description succincte du déroulement du projet

## Objectif général du projet d’emploi accompagné et complémentarité avec d’autres dispositifs

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap

1. ***Décrire les activités et les prestations de soutien à l’insertion professionnelle envisagées (préciser la durée d’accompagnement)***

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

1. ***Décrire les prestations d’accompagnement médico-social envisagées à proposer (préciser la durée d’accompagnement)***

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

1. ***Décrire l’articulation entre les deux aspects ci-dessus et les modalités de collaboration entre les deux structures***

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

1. ***Lister les modalités d’entrée et de sortie prévue par le dispositif.***

Entrée :

Sortie :

## Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur. (ex : appui ponctuel du référent emploi accompagné, …)

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Lister les entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

***S’il s’agit des nouvelles entreprises, décrire la démarche de sensibilisation envisagée auprès de nouvelles entreprises susceptibles de recruter des travailleurs handicapés***

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Indiquer les modalités de travail envisagées avec la MDPH

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Indiquer les modalités de travail envisagées avec tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place du dispositif

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Offres de services déjà proposées par votre organisme, et coordination du dispositif emploi accompagné avec ces services

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet

* ***Nombre total d’effectifs :***

|  |  |
| --- | --- |
| Qualification (éducateur, psy…) | Compétences mobilisées |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* ***Décrire l’organisation prévue pour l’accompagnement du travailleur handicapé et de l’employeur.***

Pour le travailleur en situation de handicap :

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

Pour l’employeur :

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

* ***Ratios d’accompagnement :***
* Nombre de référents / nombre de personnes accueillies :
* Personnel affecté au dispositif d’emploi accompagné / personnel total du porteur :
* Autres ratios pertinents :

## Convention de gestion bipartie ou tripartie

Sélectionner, dans la liste ci-dessous, le(s) organisme(s) avec lesquels votre structure a conclu au minimum une convention de gestion (une ou plusieurs réponses) :

1. Cap Emploi, organismes de placement spécialisés, chargés de la préparation, de l'accompagnement et du suivi durable dans l'emploi des personnes handicapées.
2. Pôle emploi
3. Missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes (article L.5314-1 du code du travail)
4. Etablissement ou service médico-social mentionnés aux 5° ou 7° de l’article L.312-1 du code de l’action sociale et des familles

## Modalités de suivi et d’évaluation envisagés :

## Calendrier du projet

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Budget du projet

Un tableau présentant le budget prévisionnel sera annexé au présent dossier de demande.

## Observations complémentaires du projet

*(Compléter ci-dessous, Texte libre) (Joindre tout document ou diagramme complémentaire permettant la compréhension du dispositif).*