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

[1. Renseignements administratifs du gestionnaire 2](#_Toc8741196)

[1.1. Identification de la structure gestionnaire 2](#_Toc8741197)

[1.2. Identification du responsable de la structure porteuse du dispositif 2](#_Toc8741198)

[2. Description du projet 3](#_Toc8741199)

[2.1. Identification de la personne responsable du projet 3](#_Toc8741200)

[2.2. Convention de gestion bipartie ou tripartie 3](#_Toc8741201)

[2.3. Bénéficiaires visés par le projet 3](#_Toc8741202)

[2.3.1. Sélectionner le type de public visé 3](#_Toc8741203)

[2.3.2. Sélectionner le type de public ciblé ci-dessous 3](#_Toc8741204)

[2.3.1. Préciser le type de déficience des personnes ciblées 4](#_Toc8741205)

[2.4. Précision des territoires d’intervention du projet 4](#_Toc8741206)

[2.4.1. Couverture territoriale 4](#_Toc8741207)

[2.4.2. Commune (s) d’implantation 4](#_Toc8741208)

[2.4.3. Organisation d’une réponse de proximité 4](#_Toc8741209)

[2.5. Description des modalités d’accompagnement 4](#_Toc8741210)

[2.5.1. Objectif général du projet d’emploi accompagné et complémentarité avec d’autres dispositifs 4](#_Toc8741211)

[2.5.2. Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap 5](#_Toc8741212)

[2.5.3. Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur 5](#_Toc8741213)

[2.6. Description des partenariats et modalités d’articulation 5](#_Toc8741214)

[2.6.1. Partenariats déjà entrepris avec des entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir 5](#_Toc8741215)

[2.6.2. Démarche de sensibilisation envisagée auprès de nouvelles entreprises / administrations susceptibles de recruter des travailleurs handicapés 5](#_Toc8741216)

[2.6.3. Modalités de travail envisagées avec la MDPH 5](#_Toc8741217)

[2.6.4. Modalités de travail envisagées avec tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place et le bon fonctionnement du dispositif 6](#_Toc8741218)

[2.6.5. Offres de services déjà proposées par votre organisme, et coordination du dispositif emploi accompagné avec ces services 6](#_Toc8741219)

[2.7. Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet 6](#_Toc8741220)

[2.7.1. Moyens humains 6](#_Toc8741221)

[2.7.2. Budget du projet 6](#_Toc8741222)

[2.8. Modalités de suivi et d’évaluation envisagés 7](#_Toc8741223)

[2.9. Calendrier du projet 7](#_Toc8741224)

[2.10. Observations complémentaires du projet 7](#_Toc8741225)

## **Renseignements administratifs du gestionnaire**

## Identification de la structure gestionnaire

Nom de la structure :

Numéro FINESS :

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

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Adresse de la structure porteuse :

Adresse du siège social de la structure (si différente) :

Adresse mail de la structure :

Adresse site internet :

Téléphone :

Télécopie (fax) :

## Identification du responsable de la structure porteuse du dispositif

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

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## **Description du projet**

## Identification de la personne responsable du projet

Nom – Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## Convention de gestion bipartie ou tripartie

Sélectionner le(s) organisme(s) minimums s’engageant à conclure une convention de gestion avec votre structure (une ou plusieurs réponses) :

**Cap Emploi**, organismes de placement spécialisés chargés de la préparation, de l'accompagnement et du suivi durable dans l'emploi des personnes handicapées.

* + Lettre d’intention jointe au projet : oui / non

**Pôle emploi**

* + Lettre d’intention jointe au projet : oui / non

**Missions locales** pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes (article L.5314-1 du code du travail)

* + Lettre d’intention jointe au projet : oui / non

**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

* + Lettre d’intention jointe au projet : oui / non

## Bénéficiaires visés par le projet

## Sélectionner le type de public visé

*(plusieurs réponses possibles)*

Travailleurs handicapés bénéficiant d’une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail;

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;

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

Tout type de handicap

Ou à défaut :

Handicap psychique

Troubles du spectre autistique

Déficiences intellectuelles

Troubles du comportement

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

## Précision des territoires d’intervention du projet

## Couverture territoriale

Candidature pour l’un des lots suivants :

Aveyron – Lozère - Tarn

Ariège – Aude – Pyrénées-Orientales

Lot – Tarn-et-Garonne

Gers – Hautes-Pyrénées

Et/ou candidature départementale *(extension d’un dispositif existant ou candidature par lot pouvant être subdivisée si le candidat n’était pas retenu pour la totalité du lot. Dans ce dernier cas, le porteur candidat coche le(s) département(s) qu’il pourrait couvrir isolément et présentera dans le présent dossier des éléments distincts, pour le lot et par département, notamment s’agissant des effectifs, de l’organisation et du budget)*:

Ariège

Aude

Aveyron

Gers

Lot

Lozère

Hautes-Pyrénées

Pyrénées-Orientales

Tarn

Tarn-et-Garonne

## Commune (s) d’implantation

## Organisation d’une réponse de proximité

## Description des modalités d’accompagnement

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

## 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)*
2. *Décrire les prestations d’accompagnement médico-social envisagées à proposer (préciser la durée d’accompagnement)*
3. *Décrire l’articulation entre les deux aspects ci-dessus et les modalités de collaboration entre les deux structures*
4. *Lister les modalités d’entrée et de sortie prévue par le dispositif*

## Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur

## Description des partenariats et modalités d’articulation

## Partenariats déjà entrepris avec des entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir

## Démarche de sensibilisation envisagée auprès de nouvelles entreprises / administrations susceptibles de recruter des travailleurs handicapés

## Modalités de travail envisagées avec la MDPH

## Modalités de travail envisagées avec tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place et le bon fonctionnement du dispositif

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

## Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet

## Moyens humains

* ***Nombre total d’effectifs :***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qualification | ETP consacré au dispositif | Compétences mobilisées |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

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

En cas de candidature interdépartementale, ces éléments seront déclinés par département.

## Budget du projet

*Un tableau présentant le budget prévisionnel sera annexé au présent dossier de demande. En cas de candidature interdépartementale, un budget spécifique sera décliné par département.*

## Modalités de suivi et d’évaluation envisagés

## Calendrier du projet

## Observations complémentaires du projet

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