****

|  |
| --- |
| **Dossier de candidature****MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF D’EMPLOI ACCOMPAGNE****20 pages maximum** |

Présenté par :

Date :

****

1. **présentation du porteur de projet**

**fiche d’identité de la structure**

**Nom de la structure** :

**Statut** :

* 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 (I),
* un opérateur du service public de l’emploi (Pôle emploi, Cap emploi, une mission locale) ayant signé une convention de gestion avec un établissement ou service médico-social susmentionné (II),
* un autre organisme, dont les établissements médico-sociaux accompagnant des jeunes handicapés (IME, ASE) ayant conclu une convention de gestion avec un établissement ou service mentionné au (I) et un organisme relevant du (II).

**Numéro FINESS/SIRET :** ………………………………………………………………………………………..

**Activité(s) principale(s) de la structure** :………………………………………………………………………

**Contact** : *adresse du siège social, email, téléphone*

**Identification du responsable de la structure** : *nom, prénom, fonction, téléphone, mail*

1. **description du projet**
2. ORGANISATION DU DISPOSITIF

**Identification de la personne responsable du dossier :** *nom, prénom, fonctions, téléphone, adresse mail*

**Public visé par le projet :** ………………………………………………………………………………………...

**Nombre de parcours suivis** :……………………………………………………………………………………..

**Territoire d’intervention du projet :** …………………………………………………………………………….

**Besoins identifiés :** ……………………………………………………………………………………….............

**Montant de la subvention sollicitée** *(à objectiver au regard du nombre de parcours) :…………………€*

**Description du projet :**

* objectif général du projet d’emploi accompagné (3 à 4 pages maximum)
* description des différentes actions :

## Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap au regard des 4 phases d’accompagnement précisées dans le paragraphe 5 du présent cahier des charges

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

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

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

* *Lister les modalités d’entrée et de sortie prévue par le dispositif y compris les modalités de repérage*

Entrée :

Sortie :

##

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

## Présentation des entreprises et/ou administrations avec lesquelles le porteur de projet envisage d’intervenir

## Les modalités de travail envisagées avec la MDPH ainsi que tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place du dispositif

##

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

Pour le travailleur en situation de handicap :

Pour l’employeur

*Les modalités de communication prévues auprès des entreprises/administrations pour faire connaître ce dispositif*

*Les modalités de suivi et d’évaluation du dispositif comportant des données quantitatives et qualitatives (profils des travailleurs handicapés et des employeurs, file active, durée des accompagnements…..)*

*Le calendrier de mise en œuvre du projet*

1. MOYENS MOBILISES POUR LA MISE EN ŒUVRE DU PROJET
* ***Moyens humains :***

*Nombre total d’effectifs :*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Qualification (éducateur, psy…) | Compétences mobilisées  | Equivalents temps plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* ***Moyens matériels* (description des locaux, identification d’un lieu pour recevoir les travailleurs en situation de handicap, l’employeur, les partenaires…..)**

1. **éléments financiers**

Budget prévisionnel du projet : *nature et objet de dépenses et des recettes les plus significatifs (par groupes de dépenses et de recettes)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de la dépense**  | **Montant** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des recettes** | **Montant** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Préciser si ce dispositif bénéficiera d’un co-financement : Collectivités territoriales par exemple….*