

**Année 2023**

**Demande de financement**

**auprès du Département de Maine-et-Loire**

**pour l’accompagnement des bénéficiaires RSA,**

**dans le cadre de la délégation de la référence RSA**

**(A compléter uniquement dans le cadre de la délégation de la "référence RSA ")**

**Accompagnement renforcé des travailleurs indépendants bénéficiaires du RSA (TI-RSA) dans le développement de leur activité indépendante**

**Rappel des modalités du dépôt de dossier**

Date limite de réception du projet : **avant le 15 février 2023**

**Transmettre les documents listés ci-après :**

🔿 Cette demande complétée et signée

🔿 L’annexe budgétaire\_AAP\_TI\_2023 **(budget de l’action)**

En 2 exemplaires papier au :

Département de Maine-et-Loire

Direction de l’Insertion

CS 94104 – 49941 ANGERS CEDEX 9

Et par voie électronique, à l’adresse suivante :

[insertion@maine-et-loire.fr](mailto:insertion@maine-et-loire.fr)

Objet du courriel : **AAP\_CD49\_2023\_TI\_*NOM de votre structure***

1. **Identification de l’organisme**

**@ documents à transmettre uniquement par voie électronique :**

- organigramme actualisé de la structure

- **en cas de modification :** **statuts signés de l’organisme, récépissé de déclaration en préfecture,** composition du conseil d’administration, certificat d’inscription au répertoire national des entreprises et de leurs établissements

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination  (sigle et toutes lettres) |  |
| Adresse du siège social |  |
| Adresse de correspondance si différente |  |
| Courriel (générique de la structure) |  |
| Téléphone |  |
| Forme juridique | *☞ penser à informer de tout changement de statut, de dénomination…* |
| Date de création |  |
| N° SIRET | *☞ merci de vérifier les infos de situation au répertoire SIRENE et au besoin demander une rectification – transmettre SIRET en cas de modification*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| N° RNA (répertoire national des associations) | *☞ pour les associations loi 1901 (anciennement N° préfecture)*   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **W** |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |
| Président-e | |  |  | | --- | --- | | *Prénom Nom* |  | | *téléphone* |  | | *courriel* |  | |
| Directeur-trice | |  |  | | --- | --- | | *Prénom Nom* |  | | *téléphone* |  | | *courriel* |  | |
| Référent de l’action | |  |  | | --- | --- | | *Prénom Nom* |  | | *téléphone* |  | | *courriel* |  | |
| Contact concernant  la protection des données personnelles | *☞ coordonnées du délégué à la protection des données ou de la personne contact de cette thématique au sein de l’organisme. Pour le Département :* [*dpd@maine-et-loire.fr*](mailto:dpd@maine-et-loire.fr)   |  |  | | --- | --- | | *Prénom Nom* |  | | *Fonction* |  | | *téléphone* |  | | *courriel* |  | |
| Modifications statutaires intervenues en 2022 | *🖎 expliquer succinctement les changements intervenus et transmettre les justificatifs nécessaires par voie électronique (statuts, composition, titre, …)* |
| Agrément(s) et conventionnement(s) |  |
| Effectifs salariés permanents | *🖎 à préciser, à adapter à votre structure et fournir l’organigramme actualisé de la structure*   |  |  | | --- | --- | | 🖎 répartition ETP par type de fonctions | 🖎  ETP structure | | **Fonctions support transversales** |  | | Direction |  | | Cadres intermédiaires/Chefs de services |  | | Administration- comptabilité |  | |  |  | | **Accompagnement des publics** |  | | Encadrants/encadrants techniques |  | | CIP/ chargés d’accompagnement |  | |  |  | | **Autres fonctions** *(à préciser)* |  | |  |  | |  |  | | **Nombre ETP total structure** |  |   *🖎 êtes-vous rattaché à une convention collective ? préciser laquelle*  *🖎 dans cet effectif, y a-t-il des mises à disposition de personnels à d’autres organismes ? si oui expliquer* |
| Objet de l’organisme  *(cf statuts)* |  |
| Activités de l’organisme |  |

1. **Caractéristiques de l’action**

|  |  |
| --- | --- |
| Intitulé de l’action |  |
| Date de mise en œuvre de l’action | *du au* |
| Objectif et résultats attendus de l’action |  |
| Contenu, descriptif de l'action |  |
| Territoire d’intervention |  |
| Nature et organisation des accompagnements réalisés |  |
| Moyens humains  Affectés à l’action | **🖎 Moyens humains relevant de la structure**   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | | 🖎 prénom nom | 🖎 fonction | 🖎  ETP structure | 🖎 ETP action | 🖎 type de contrat travail | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   *Commentaires*  **🖎 Si vous faites appel à des moyens humains extérieurs autres que ceux de la structure (prestataires extérieurs), les préciser**   |  |  |  | | --- | --- | --- | | 🖎 prénom nom | 🖎fonction/mission | 🖎 ETP action | |  |  |  | |  |  |  | |  |  |  |   *Commentaires* |
| Moyens logistiques | *🖎 locaux, véhicules, matériel informatique, matériel pédagogique…* |

1. **Modalités d’accompagnement**

|  |  |
| --- | --- |
| Modalités d’accueil et d’accompagnement | *Nombre de Rdv, fréquence des Rdv proposée, nombre d’heures d’accompagnement individuel et/ou collectif…* |
| Lieux de réalisation de l’action | *Adresses des différents sites d’implantation de l’action – mettre en évidence les évolution par rapport à l’année précédente…* |
| Partenariat | *Citer les principaux partenaires**sollicités :*  *Santé :*  *Logement :*  *Emploi :*  *Autres (à préciser…) :* |

1. **Éléments financiers relatifs à l’action**

**🗐 @ Documents à annexer à la version papier et à transmettre par voie électronique : (***modèles en annexe)*

- l’annexe budgétaire (trame 2023) signée par le Président ou son délégataire

|  |  |
| --- | --- |
| Capacité d’accueil globale proposée : nombre de BRSA accompagnés sur l’année (= file active ou nombre de places) |  |
| Coût total de l’action | **€** |
| Montant de la dotation départementale sollicitée | **€** |
| Co financements sollicités | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Organismes cofinanceurs | Montant prévisionnel | Préciser si  acquis – demandé– prévu | |  | € |  | |  | € |  | |  | € |  |   *🖎 Commentaires* |
| Commentaire sur les charges de personnel prévisionnelles de l’action, analyser les écarts avec le BP année n-1 |  |

1. **Éléments financiers relatifs à la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **STRUCTURE** | |
| Eléments et commentaires sur la situation financière de la structure | |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | 2021  comptes certifiés | 2022  prévisionnel | 2023  prévisionnel | | Chiffre d’affaires |  |  |  | | Résultat net |  |  |  | | Trésorerie au 31/12 |  |  |  | | Montant des investissements |  |  |  | | Dettes à long et moyen terme (emprunts) |  |  |  |   *🖎 commentaires et appréciation globale sur la situation financière :*  *🖎 indiquer le cas échéant les dispositifs de soutien financier activés ou en cours :* |

Je soussigné(e), (nom, prénom) : ………………………………………………………………………..

Représentant légal de l’organisme : …………………………………………………………………….

Fonction : …………………………………………………………………………………………………..

- déclare que l’organisme est à jour de ses obligations sociales et fiscales

- certifie exactes et sincères les informations transmises dans le cadre de ce présent dossier de demande de financement.

Fait le ……………………………., à …………………………………………

Signature du représentant ou de son délégataire

et cachet de l’organisme