**DOSSIER DE DEMANDE D’AGREMENT**

**POUR DISPENSER UNE ACTION DE FORMATION**

**A DESTINATION DES PROCHES AIDANTS**

**DE MALADES D’ALZHEIMER, PARKINSON ET SCLEROSE EN PLAQUES**

**1 DOSSIER A DEPOSER PAR TYPE DE PUBLIC CONCERNE**

**1 – PORTEUR DE LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° SIRET : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal  (Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**2 – PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

**3 - PRESENTATION DU PORTEUR**

**4 - ANALYSE DE BESOIN - DIAGNOSTIC DE L’OFFRE EXISTANTE**

Décrire l’analyse de besoin, le diagnostic de l’offre existante sur le territoire

**5 - DESCRIPTION DU PROJET DE FORMATION**

**Les choix réalisés par le porteur de projet doivent être argumentés**

**5.1 PROJET PEDAGOGIQUE**

**Préciser :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Le public concerné par l’action de formation** | **Le nombre d’action(s) de formation à financer**  **(1 action de formation = 14 heures)** |
| Aidants (maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées)  ou  Aidants (maladie de Parkinson)  ou  Aidants (maladie Sclérose en plaques)  ou  Transverse (préciser en clair) : | |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_| |

***Décrire le projet pédagogique*** :

**5.2 ZONE GEOGRAPHIQUE COUVERTE PAR L’ACTION OU LES ACTIONS DE FORMATION**

**5.3 ORGANISATION ET DEROULEMENT DE LA FORMATION**

Préciser : calendrier prévisionnel des actions de formation, lieu, salle, équipements, rythme (fréquence, intersession), horaires, supports pédagogiques, références et ressources

**5.4 MODE DE RECRUTEMENT ET PROFILS DES FORMATEURS ET INTERVENANTS**

**5.5 MODALITES CONCRETES D’INTERVENTION PEDAGOGIQUE DES DIFFERENTS FORMATEURS/INTERVENANTS**

**5.6 EXPERICENCES DU PORTEUR DE PROJET DANS LA FORMATION, LA MALADIE D’ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES, ET/OU LA MALADIE DE PARKINSON ET/OU LA SLEROSE EN PLAQUES (selon le public concerné par l’action de formation) ET LE SOUTIEN AUX AIDANTS**

**5.7 INTEGRATION DU PORTEUR DE PROJET DANS UN RESEAU ET PARTENARIATS DEVELOPPES**

Indiquer notamment les partenariats existants, ceux identifiés et à développer et les modalités de coopérations envisagées

**LE DOSSIER DE CANDIDATURE DOIT COMPORTER LES PIECES PERMETTANT D’ATTESTER LES MODES DE COLLABORATION AVEC LES ORGANISMES PARTENAIRES, LES MODALITES DES PARTENARIATS FORMALISES, DE L’ANCRAGE DU PORTEUR DE PROJET DANS LE TISSU NATIONAL ET/OU REGIOGNAL ET/OU LOCAL**

**5.8 MODALITES DE REPERAGE DES AIDANTS FAMILIAUX (partenariats avec toutes les personnes ou organismes intervenant auprès d’une personne touchée par la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées, et/ou la maladie de Parkinson et/ou la Sclérose en plaques (selon le public concerné par l’action de formation), repérage des aidants**

**5.9 ACTIONS MISES EN ŒUVRE POUR FACILITER L’ACCES AUX FORMATIONS (actions de communication, mode de contact, mobilité, etc…)**

**5.10 PLAN DE COMMUNICATION EN DIRECTION DES PROFESSIONNELS AU CONTACT DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D’ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES ET/OU MALADIE DE PARKINSON ET/OU SCLEROSE EN PLAQUES ET DE LEURS AIDANTS**

**5.11 MODALITES DE PRISE EN CHARGE DES PERSONNES ATTEINTES DE LA MALADIE D’ALZHEIMER OU MALADIES APPARENTEES ET/OU MALADIE DE PARKINSON ET/OU SCLEROSE EN PLAQUES PENDANT LA FORMATION DE L’AIDANT, AUTRES ACTIONS CONCOURANT A LA MOBILITE DES AIDANTS (ex : transports des aidants) …**

**5.12 MODALITES D’ORIENTATION A L’ISSUE DE L’ACTION ET PARTENARIATS ENVISAGES OU DEVELOPPES (fiche de suivi, contact, information, etc…)**

**6 – BUDGET PREVISIONNEL POUR LA TOTALITE DES ACTIONS DE FORMATION DEMANDEES**

Le budget présenté doit être à l’équilibre (total des charges = total des produits)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en Euros (1)** | **Produits** | **Montant en Euros (1)** |
| **60 Achats** | 0 | **70 Rémunération des services** | 0 |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |
| Achats matières et fournitures |  | Participation des usagers |  |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |
| **61 Services externes** | 0 | **74 Subventions** | 0 |
| Locations immobilières et mobilières |  | Etat (à détailler) |  |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |  |
| Assurance |  | Région(s) : |  |
| Documentation |  | ARS |  |
| Autres |  | Département(s) : |  |
|  |  | Commune(s) : |  |
| **62 Autres services externes** | 0 | Organismes sociaux : (à détailler) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |  |
| Publicités et publications |  | ASP (emplois aidés) |  |
| Déplacements et missions |  | Autres établissements publics : |  |
| Services bancaires, autres |  | Aides privées : |  |
|  |  | Autres (à préciser) |  |
| **63 Impôts et taxes** | 0 | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Cotisations des adhérents |  |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |  |
| **64 Frais du personnel** | 0 |  |  |
| Rémunération des personnels |  | **76 Produits financiers** | 0 |
| Charges sociales |  | (Préciser) |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65 Autres charges de gestion** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
| (Préciser) |  | (Préciser) |  |
| **66 Charges financières** | 0 |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |
| **67 Charges exceptionnelles** | 0 | **78 Reprises** | 0 |
| (Préciser) |  | Reprise sur amortissement |  |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** | 0 | Reprise sur provision |  |
| (Préciser) |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES | |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (2)** | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

*(1) Ne pas indiquer les centimes d'euros, appliquez la règle de l'arrondi*

*(2) Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n°99-01, prévoit a minima une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements "hors bilan" et "au pied" du compte de résultat*

Budget pour une action de formation demandée : …………………€

Si le budget prévisionnel par action de formation dépasse 1 400 euros, expliciter ci après les motifs, les raisons du dépassement

**7 – MODALITES D’EVALUATION DE LA FORMATION**

Le cahier des charges prévoit que le porteur recueille un certain nombre de données lors des sessions de formation (cf éléments ci-dessous), les synthétisent et les remontent à l’ARS Centre-Val de Loire afin de lui permettre d’évaluer quantitativement et qualitativement les modalités de réalisation de la formation et son impact sur les aidants.

1. ***Evaluation quantitative***
   * + Sur les aidants participant à la formation :
   * organisme ou professionnel qui a orienté la personne ;
   * âge ;
   * sexe ;
   * lien de parenté avec la personne malade ;
   * situation au regard de l’emploi : en activité, en inactivité hors retraite, retraite, chômage, en disponibilité ;
   * année de diagnostic de la maladie ;
   * mode de vie de la personne malade : seule, avec l’aidant suivant la formation, avec un autre aidant, en EHPAD
   * durée de l’accompagnement de la personne malade par l’aidant ;
   * code postal du domicile de l’aidant ;
   * partage du domicile avec la personne malade.

* Sur la formation
  + nombre d’inscrits au regard de la cible potentielle fixée au plan de communication ;
  + nombre et type de partenariats noués avec des professionnels et/ou institutions ;
  + nombre d’ateliers et de participants ;
  + nombre de personnes inscrites/formées ;
  + assiduité des aidants entre le début et la fin d’une formation de 14 heures ;
  + coût moyen des formations ;
  + nombre de formations en continu, en sessions de quelques heures, en sessions le soir ou en week-end.

1. ***Evaluation qualitative***

* Mesure de la satisfaction des bénéficiaires.

Le porteur devra également transmettre un bilan financier.

A cette fin, l’ARS Centre-Val de Loire a établi un bilan type qui sera à compléter par le porteur pour évaluer la ou les actions de formation mises en œuvre. Ce document comprend également le bilan financier.

**8 – ATTESTATION**

Je soussigné (nom, prénom) ……………………………………………………………………………………………

Représentant légal de (nom association, structure…) ……………………………………………………………….

M’engage à :

* mettre en œuvre la formation conformément aux informations contenues dans le cahier des charges et le dossier de demande d’habilitation ;
* transmettre les dates d’action de formation à l’ARS Centre-Val de Loire 3 mois avant le début de l’action de formation ;
* répondre à l’évaluation, et à des demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l’impact de la formation.

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

Signature

*Indiquer les nom, prénom, fonction du signataire*

*Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal, joindre le pouvoir donné par ce dernier au signataire*