

 

**Dossier de candidature**

**CRÉATION D’UNE EQUIPE MOBILE D’APPUI AUX PROFESSIONNELS DE L’ASE ACCOMPAGNANT DES ENFANTS ET ADOLESCENTS EN SITUATION DE HANDICAP**

**DÉPARTEMENT LOIRET**

***Porteur du projet :***

--Dossier limité à 20 pages--

**Plan détaillé du dossier de candidature**

[I. STRUCTURE SUPPORT 4](#_Toc170290985)

[A. Identification de l’établissement ou service 4](#_Toc170290986)

[B. Présentation succincte du gestionnaire 4](#_Toc170290987)

[II. DESCRIPTION DU PROJET 5](#_Toc170290988)

[III. ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT 5](#_Toc170290989)

[A. Modalités de fonctionnement de l’équipe mobile ASE 5](#_Toc170290990)

[B. Financement 6](#_Toc170290991)

[IV. MODALITES DE MISE EN OEUVRE OPERATIONNELLES ET CALENDRIER PREVISIONNEL 6](#_Toc170290992)

# STRUCTURE SUPPORT

## Identification de l’établissement ou service

|  |
| --- |
| **Présentation de la structure support** |
| **Nom de la structure support** |  |
| **Adresse de la structure support** |  |
| **N° Finess géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Personne chargée** **du dossier** | NOM Prénom : Fonction : Téléphone : Mail :  |

*Si projet coordonné, préciser les autres acteurs et modalités d’articulation*

## Présentation succincte du gestionnaire

|  |
| --- |
| **Présentation du gestionnaire** |
| **Dénomination** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse** |  |
| **N° FINESS juridique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Mail** |  |
| **Représentant légal** | NOM Prénom : Fonction : Téléphone : Mail :  |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur*

# DESCRIPTION DU PROJET

*(Décrire le territoire concerné, le public concerné, le projet, les motivations, , l’élaboration du Projet Personnalisé d’Accompagnement et liens avec le projet de l’enfant, les modalités d’élaboration du projet notamment avec les partenaires du territoire)*

:

# ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

## Modalités de fonctionnement de l’équipe mobile ASE

|  |  |
| --- | --- |
| **Expérience de la structure** (accompagnement des enfants porteurs de troubles du neurodéveloppement et enfants à double vulnérabilité) |  |
| **Présentation de l’équipe d’intervenants :** * Description de l’équipe et des missions

(Transmettre en annexe un état des effectifs de personnels par qualification en nombre et ETP en distinguant personnel salarié ESMS et personnel extérieur) et en précisant les redéploiements* Le positionnement de cette équipe au sein de l’équipe mobile et des autres structures gérées par le candidat
* Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS
* Adéquation de la composition de l’équipe avec le projet (profils, expérience dans la prise en charge des personnes.)
* Modalités de gouvernance
 |  |
| **Modalités d’association des parents** **et accompagnement des familles** |  |
| **Partenariats, coopérations avec les acteurs du territoire formalisés et envisagés**  |  |
| **Actions de formation et de supervision envisagées** (en amont de la mise en place, de façon continue) |  |
| **Modalités et niveaux d’intervention et de fonctionnement**  |  |
| **Outils et méthodes utilisés**  |  |
| **Modalités de suivi et d’évaluation** (critères et indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs) |  |
| **Modalités d’admission** (transmettre en annexe un projet de procédure d’admission et d’intervention) |  |

## Financement

*Expliciter les modalités d’utilisation de l’enveloppe dédiée à l’équipe mobile par autorité de tarification*

*Budget prévisionnel pour la 1ère année de fonctionnement et en année pleine conformément au cadre réglementaire à transmettre en annexe*

# MODALITES DE MISE EN OEUVRE OPERATIONNELLES ET CALENDRIER PREVISIONNEL

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer et le calendrier de démarrage envisagé avec ses différentes étapes.*