|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | Afficher l'image en taille réelle | http://jeannet.agglo-orleans.fr/jcms/upload/docs/image/jpeg/2017-02/logo_metropole_quadri_v2.jpg |  |
| **INSERTION PAR L’ACTIVITÉ ÉCONOMIQUE****Dossier unique d’instruction****Demande conventionnement SIAE existante** **Année 2023**[ ]  **ACI**[ ]  **AI**[ ] **EI** [ ]  **EITI** [ ]  **ETTI** |

|  |
| --- |
| **Nom de la structure :**  |

|  |
| --- |
|  **CADRE RESERVE A L’ADMINISTRATION** |
| **Date de réception du dossier** |  |

**Dossier à retourner par courriel ET par voie postale aux trois institutions suivantes :**

|  |  |
| --- | --- |
| DDETS 45Service IAECité Administrative Coligny131 Faubourg Bannier45042 ORLEANS CedexCourriel : iae-ddets45@loiret.gouv.fr<https://francetransfert.numerique.gouv.fr/upload> | Département du LoiretPôle Citoyenneté et Cohésion SocialeDirection des Ressources et de l’Offre Médico-Sociale – Unité Gestion Administrative45945 ORLEANSCourriel : dih.retouremploi@loiret.fr |
| **Uniquement pour les EI du territoire d’Orléans Métropole** |
| Orléans MétropoleService EmploiMDE18 avenue de la Bolière45100 OrléansCourriel : service.emploi@orleans-metropole.fr |

**SOMMAIRE**

1. Pièces à joindre à votre dossier
2. Présentation de la structure et de son territoire d’intervention
3. Stratégie et activités de la SIAE

1. Moyens humains, matériels et financiers
2. Objectifs de résultats

1. Demande de subventions
2. Attestation sur l’honneur

**ANNEXES :**

* Annexe 1 : Projet d’insertion de l’organisme candidat

(Ne compléter que lors d’une première demande ou d’une demande de reconventionnement)

* Annexe 2 : Attestation de délégation de signature
* Annexe 3 : SIAE existante (Fichier Excel)

***Si projet de nouvelle activité :***

* Annexe 4 : Nouvelle SIAE ou activité (Fichier Excel)
* Annexe 5 : Note d’opportunité

|  |
| --- |
| 1. **Pièces à joindre à votre dossier**
 |

Les pièces précédées de ce signe ✪ ne sont à fournir qu’en cas de changement intervenu depuis la dernière transmission.

**SOCIETES :**

* Extrait K Bis, inscription au registre ou répertoire concerné,
* Pour les entreprises appartenant à un groupe : organigramme précisant les niveaux de participation, effectifs, chiffres d’affaires et bilan des entreprises du groupe,
* Dernière liasse fiscale complète,
* Pour les ETTI, copie de la déclaration préalable d'activité et attestation de garantie. Ces documents peuvent être envoyés après signature de la convention en cas de création d'entreprise ou d'établissement. S'ils ne sont pas fournis au moment de l'instruction, la demande précise le territoire sur lequel l'entreprise envisage de développer ses activités

**ASSOCIATIONS :**

* Copie de la publication au JO ou du récépissé de déclaration à la préfecture,
* Statuts, liste des membres du conseil d’administration et du bureau avec indication de leur situation professionnelle,
* Informations relatives aux ressources propres (montant des cotisations, nombre de cotisants, rémunération des services rendus …),
* Attestation fiscale ou à défaut attestation sur l’honneur de non assujettissement à la TVA (si le budget de l’opération est présenté en TTC)

**DANS TOUS LES CAS :**

* RIB,
* Compte de résultat et bilan de la structure entière certifiés de l’année N-1 au plus tard au 30 juin de l’année N *(attention, en cas de multi activités (IAE – Autres), le compte et le bilan doivent porter sur l’intégralité de la structure et non pas uniquement sur les activités liées à l’IAE)*,
* Délégation de pouvoir ou de signature si le dossier n’est pas signé par le représentant légal de la structure,
* Organigramme de la structure,
* Fiches de postes et CV pour les postes d’encadrement et d’accompagnement socioprofessionnel
* **TABLEAU BILAN UNIQUE D’INSERTION (fichier Excel)**

|  |
| --- |
| **II. Présentation de la structure et de son territoire d’intervention**  |

**2.1 RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LA STRUCTURE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom de la structure : |  |  |
| Forme juridique : |  |  |
| Date de création : |  |  |
| Code NAF : |  |  |
| Convention collective (Intitulé): |  |  |

**ADRESSES ET COORDONNEES :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Siège social** :  |  | Renseigner le lieu d’activité si différent du Siège Social🡺 |  | **Lieu d’activité principal dans le département :** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
| Tel : |  |  |  |  | Tel : |  |
| Courriel : |  |  |  |  | Courriel : |  |
| Site Internet |  |  |  |  | Site Internet |  |
| N° Siret : |  |  |  |  | N° Siret : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification du représentant légal de la structure :** | **Identification de la personne chargée du dossier de subvention :** |
| Nom :  | Nom :  |
| Prénom :  | Prénom :  |
| Fonction :  | Fonction :  |
| Téléphone :  | Téléphone **portable** :  |
| Courriel :  | Courriel :  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| Votre association a-t-elle des adhérents personnes morales ? Lesquelles ? | [ ] Oui | [ ]  Non |
| Votre structure est-elle reconnue d’utilité publique ? | [ ]  Oui | [ ]  Non |
| Dispose-t-elle de l’agrément ESUS ? | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Votre structure dispose-t-elle d’un commissaire aux comptes ? | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Votre structure est-elle assujettie à la TVA ?  | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Adhérez-vous à un réseau ?  | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Si oui, lequel ?  |  |  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………. |
| Adhérez-vous au CIHL ? | [ ] Oui  | [ ] Non  |

**2.2 TERRITOIRE D’INTERVENTION**

* Préciser le territoire sur lequel la structure intervient (nom des communes ou intercommunalités) :

Ce territoire sera-t-il identique pour les activités supports de la SIAE ? [ ] Oui [ ] Non

Si non, préciser le périmètre :

* Préciser l’organisation de votre siège et de vos antennes :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Siège et antennes** | **Adresse complète** | **Jours d’ouverture** | **Horaires d’ouverture** |
| Siège : |  |  |  |
| Antenne *(Préciser nom)* …………… |  |  |  |
| Antenne *(Préciser nom)* …………… |  |  |  |
| Antenne *(Préciser nom)* …………… |  |  |  |
| Antenne *(Préciser nom)* …………… |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Votre structure agit-elle en :  |  |  |
| * **Quartier prioritaire politique de la ville (QPV) ?**
 | [ ] Oui  | [ ] Non  |
|  |  |  |
| Si oui, lesquels ?  |  |  |
| …………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |  |  |
| Avez-vous déjà mis en place des actions spécifiques pour les publics issus des QPV ?  | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Si oui, détaillez :  |  |  |
| ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
|  |
| * **Zone de Revitalisation Rurale ?**
 | [ ] Oui  | [ ] Non  |
|  |  |  |
| Avez-vous déjà obtenu des crédits « Politique de la Ville » ?  | [ ] Oui  | [ ] Non  |
| Si oui, en quelle(s) année(s) ?  |  |  |
| ………………………………………………………………………………………………… |
| Prévoyez-vous en 2023 de mettre en place des actions spécifiques pour les publics issus des QPV ? | [ ] Oui  | [ ] Non  |
|  |  |  |
| Si oui, prévoyez-vous de solliciter des crédits « Politique de la ville » pour cofinancer ces actions ? | [ ] Oui  | [ ] Non  |

**2.3 AUTRES ELEMENTS ADMINISTRATIFS**

**Dispositif Local d’Accompagnement (DLA)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous déjà bénéficié d’un accompagnement DLA ?  | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
| Si oui, pour quel(s) type(s) d’accompagnement :  |  |  |
| …………………………………………………………………………………. |  |  |
|  |  |  |
| A quelle(s) date(s) ? : ……………………………………………………….. |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| Envisagez-vous de solliciter le DLA en 2023 ?  | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
| Si oui, pour quel(s) type(s) d’accompagnement ?  |  |  |

|  |
| --- |
| **III. Stratégie et activités de la SIAE**  |

***Remarque*** *: en cas d’ensemblier, il faut détailler la partie conventionnée au titre d’une AI, ACI, EI ou ETTI.*

|  |
| --- |
| **3.1. ACTIVITES EXISTANTES** |

A DETAILLER (exemple : entretien d'un lieu, activités de bâtiment, de recyclage des déchets…)

REALISER AUTANT DE CADRES QU’IL Y A D’ACTIVITES DIFFERENTES

Nom de l’activité 1 :

Détails de l’activité :

Détails des prérequis d’intégration :

Nom de l’activité 2 :

Détails de l’activité :

Détails des prérequis d’intégration :

Nom de l’activité 3 :

Détails de l’activité :

Détails des prérequis d’intégration :

|  |
| --- |
| **3.2. Projet de création de nouvelles activités**  |

**Compléter les annexes n° 4 « Nouvelle activité SIAE » et n°5 « Note d’opportunité », à joindre au présent dossier.**

|  |
| --- |
| **3.3. Activité économique**  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Avez-vous un client/donneur d’ordre qui représente plus de 50% de votre chiffre d’affaires ?  | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |

Répartition des clients sur l’année N-1 (en % par type de clientèle) :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **en %** | **Nb heures insertion réalisé dans le cadre d’un marché** |  | **en %** | **Nb heures insertion réalisé****dans le cadre d’un marché** |
| **Particuliers** |  |  | **Entreprises privées** |  |  |
| **Associations** |  |  | **Bailleurs sociaux** |  |  |
| **Etat/entreprises publiques** |  |  | **Collectivités territoriales** |  |  |

En N-1, quels ont-été vos principaux donneurs d’ordre ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| En N-1, avez-vous répondu à des marchés publics, conjointement avec d’autres structures d’insertion ? | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
| Si oui, Préciser la ou les structures concernées  | : |
|  |

|  |
| --- |
| **3.4 Partenariats liés à l’accompagnement** |

**(Préciser à chaque fois de façon détaillée les actions réalisées durant l’année N-1)**

|  |
| --- |
| Des partenariats ont-ils été mis en œuvre l’année passée avec : |
|  |
| * Les structures IAE, autres structures d’insertion et réseaux (ateliers communs, suites de parcours, partage de candidatures, mutualisation de pratiques et/ou de postes, formations …)
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Les autres prescripteurs (Pôle Emploi, Missions Locales, CCAS, …).
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Les entreprises
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Les organismes de formation
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * D’autres institutions (acteurs du secteur social ou médico-social…)
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Les différents services du Département (Direction de l’Insertion et de l’Habitat, Agences départementales des Solidarités, Direction des Finances et du Conseil de Gestion, …) ?
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| * Autres partenariats (à préciser le cas échéant)
 | [ ]  Oui |  [ ]  Non  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **3.5. ELEMENTS DE CONTEXTE**  |

**3.5.1 Résumer en quelques phrases, le bilan d’activité (social, économique et environnemental) de votre structure en N-1 en précisant les points forts, les difficultés rencontrées et les axes de développement de l’année N que vous envisagez.**

⮱ Points forts

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

⮱ Difficultés rencontrées

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

⮱ Perspectives d’évolution (Inscription dans une démarche qualité, actions en faveur de l’environnement, RH, développement des activités économiques, zone d’intervention, locaux, gouvernance, projets divers, organisation interne, formation…)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **3.5.2 Démarches d’évaluation**1. **Evaluation de vos pratiques professionnelles :**

Avez-vous mis en place des outils relatifs à :* L’évaluation des besoins et des compétences des salariés en insertion

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Oui | [ ] Non |

* L’évaluation de l’accompagnement des salariés en insertion

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Oui | [ ] Non |

* L’intégration des nouveaux salariés en insertion

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Oui | [ ] Non |

Pour **ces 3 critères**, Préciser les outils mis en place :

|  |
| --- |
|  |

**2 - Engagement dans une démarche de « mesure d’impact » :**

|  |  |
| --- | --- |
| [ ] Oui | [ ] Non |

Exemples : Evaluation de l’impact de l’accompagnement sur accès à l’emploi des salariés après leur sortie de votre structure

|  |
| --- |
|  |

 |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
| **IV. Moyens humains, matériels et financiers** |

**4.1. LES MOYENS HUMAINS**

**4.1.1. LES SALARIES EN INSERTION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recrutement**Avez-vous rencontré des difficultés de prescription durant l’année écoulée ?  |  [ ]  Oui  | [ ] Non |
| Si oui, Préciser auprès de quel(s) prescripteur(s) et les actions que vous avez mises en place ou envisagez de mettre en place pour y remédier. Avez-vous rencontré des difficultés de recrutement ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, Préciser-en la nature et les actions que vous avez mises en place ou envisagez de mettre en place pour y remédier.  |

**Accompagnement**

**Voir Annexe n°3 (SIAE existante)**

**Formations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Total** | **Dont bénéficiaires du RSA** |
| **Nombre de personnes ayant bénéficié d’une ou plusieurs formations** |  |  |
| Nombre d’heures totales réalisées |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de la formation** | **Type de financement****(OPCO, Conseil régional…)** | **Type de formation****(qualifiante, pré-qualifiante, diplômante, professionnalisante, adaptation au poste…)** | **Nombre de salariés formés** | **Nombre d’heures de formation réalisées** | **Modalité de formation** **(cocher X)** |
| **Total** | **Dont BRSA** | **Par salarié** | **Nbre total d’heures** | **Dont heures BRSA** | **Interne**  | **Externe**  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**4.1.2. LA FORMATION DES PERMANENTS (***affectés aux activités IAE pour lesquelles vous demandez un conventionnement)***:**

* Quel est le nom de votre OPCO ?
* A quelle hauteur votre OPCO a-t-il participé au financement des formations ?

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formations réalisées en année N-1****(Intitulé de la formation)** | **Type de formation (choix 1 à 5)** | **Durée moyenne par participant (en nombre d’heures)** | **Nombre de salariés permanents bénéficiaires** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formations prévues en année N****(intitulé de la formation)** | **Type de formation (choix 1 à 5)** | **Durée moyenne par participant (en nombre d’heures)** | **Nombre de salariés permanents bénéficiaires**  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Types de formation :** gestion-administration (1) / accompagnement social et professionnel (2) / encadrement technique (3) / commercial/développement économique (4) / autres (5) tels que : Ingénierie de formation

**4.1.3. LES EFFECTIFS BENEVOLES**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nombre de bénévoles** | **Fonction** | **Valorisation ETP N***(1 ETP = 1.820 H annuelles* |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

 |  |

**4.2. LES MOYENS MATERIELS**

**4.2.1. LES LOCAUX**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Surface (m²)** | **Modalité d’occupation****(cochez)** |
| **Propriétaire** | **Locataire** | **Mise à disposition****gracieuse ou à tarif préférentiel** |
| **Bureaux** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Salle de formation** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Atelier de production** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **espace de vente** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Salle de réunion** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |
| **Autre :……………..** |  |  | [ ]  | [ ]  | [ ]  |

**4.2.2. LES AUTRES MATERIELS**

Décrivez les autres moyens matériels que votre structure utilise dans le cadre de ses activités conventionnées au titre de l’IAE (véhicules, machine utile à la production, autres équipements…**Hors informatique et téléphonie**). Préciser l’état de vétusté et les éventuels projets de renouvellement ou d’achat de nouveaux équipements (indiquer un calendrier prévisionnel sur les trois prochaines années) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de matériel** | **Achat** | **Etat de vétusté** | **Prévision de remplacement** |
| **Année d'achat** | **Neuf / Occasion** | **Age du matériel si occasion** | **Oui / Non** | **Si oui année de remplacement prévue** |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   |   |   |

**4.3. MOYENS FINANCIERS DE LA STRUCTURE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Finalité** | **Documents à joindre** |
| **Le budget prévisionnel année N de la structure** | **Le budget prévisionnel doit porter sur l’intégralité des activités que la structure compte réaliser en année N.**Si la structure porteuse réalise des activités multiples (dans l’IAE ou Non), elle doit intégrer toutes ces activités dans le budget | **Voir Annexe n°3 (SIAE existante)** |
| **Compte de résultat provisoire au 31/12/N-1** | Ce compte de résultat porte sur l’intégralité des activités de la structure (IAE compris) |

|  |
| --- |
| **Part du chiffre d’affaire dans le total des ressources en %** |
| **SIAE** | **Prévu en N-1** | **Réalisé en****N-1** | **Prévisionnel année N** |
| ACI \* |  |  |  |
| AI  |  |  |  |
| EI |  |  |  |
| ETTI |  |  |  |
| EITI |  |  |  |

\* **Pour les ACI, une demande de dérogation doit être transmise obligatoirement aux financeurs respectifs sur papier libre à l’entête de la SIAE si le CA est supérieur à 30 %, conformément à l’article D5132-34 du Code du travail**

|  |
| --- |
| **V. OBJECTIFS DE RESULTATS (pour l’Etat)** |

**Voir Annexe n°3 (SIAE existante)**

|  |
| --- |
| **VI. DEMANDE DE SUBVENTIONS** |

**6.1. DEMANDE D’AIDE AU POSTE (pour l’Etat)**

**Montants\* des aides au poste socle au 01/08/2022 (arrêté du 5 décembre 2022) :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **ACI** | **AI** | **EI** | **EITI** | **ETTI** |
| **Nb heures travaillées/an** | **1820 heures** | **1607 heures** | **1505 heures** | **1505 heures** | **1600 heures** |
| **Montants Aide au poste**  | **22 289 €** | **1 509 €** | **11 609 €** | **6 001 €** | **4 454 €** |

**\* Ces montants tiennent compte de l’évolution du SMIC et sont réévalués automatiquement.**

**6.2. DEMANDE DE SUBVENTION D’ACCOMPAGNEMENT / FONCTIONNEMENT**

**6.2.1. DEMANDE AU DEPARTEMENT**

|  |
| --- |
| **Montant de la subvention demandée : ………………………………………………………… €** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **A cocher** | **Type SIAE** |  | **Dont bénéficiaires du RSA soumis à l'obligation d'accompagnement RSA** |
| **Rappel Nombre de postes demandés à la DDETS 45** |
|  |
| **Nbre de postes** | **Nbre d’ETP** | **Nbre de pers** | **Nbre de postes** | **Nbre d’ETP** | **Nbre de pers** | **Nbre d'heures travaillées** |
|
|
| **☐** | **ACI** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1 ETP = 1820 h** |
| **☐** | **AI** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1 ETP = 1607 h** |
| **☐** | **EI** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1 ETP = 1505 h** |
| **☐** | **ETTI** |  |  |  |  |  |  |  |
| **1 ETP = 1600 h** |
| **☐** | **EITI**  |  |  |  |  |  |  |  |
| **1 ETP = 1505 h** |
|  |

**6.2.2. DEMANDE A ORLEANS METROPOLE**

**A noter : parmi les structures d’insertion par l’activité économique, Orléans Métropole soutient les Entreprises d’Insertion**

|  |
| --- |
| **Montant de la subvention demandée : ………………………………………………………… €** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type SIAE** | **Rappel : Nombre de postes demandés à la DDETS 45** | **Dont public Orléans Métropole** |
| **Nbre de postes** | **Nbre d’ETP** | **Nbre de pers** | **Nbre de postes** | **Nbre d’ETP** | **Nbre de pers** | **Nbre d'heures travaillées** | **Nbre d'heures d'accomp individuel** | **Nbre d'heures d'accomp collectif** | **Nbre d’heures totales d’accomp** |
| **EI****1 ETP = 1505 h** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **VII. ATTESTATION SUR L’HONNEUR** |

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande et quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal de l’association, merci de joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), ................................................................................ (nom et prénom) représentant(e) légal(e) de l’association,

1. - certifie que l’association est régulièrement déclarée,
2. - certifie que l’association est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales, ainsi que des cotisations et paiements correspondants,
3. - certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions introduites auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires.

Demande une subvention auprès :

 De la DDETS 45 au titre de :

* L’aide au poste : …………………………. €

 Du Département au titre du RSA :

* L’aide au poste (pour les ACI) : …………………………. €
* Fonctionnement (aide à l’accompagnement) : …………………………. €

 De Orléans Métropole :

* Fonctionnement (aide à l’accompagnement pour les EI) : ..……………………. €

- précise que cette/ces subvention(s), si elle(s) est/sont accordée(s), devra/devront être versée(s) au compte bancaire ou postal de l’association suivant :

Nom du titulaire du compte : .......................................................................................................

Banque ou centre : .......................................................................................................................

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etablissement** | **Guichet** | **N° de Compte** | **Clé RIB** | **Domiciliation** |
|  |  |  |  |  |
| **Domiciliation :** | **Titulaire du compte :** |
| **Identification internationale****IBAN :** **CODE BIC :**  |

Fait le ............................................ à .........................................................................................

Cachet et Signature :

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du Code Pénal.

**ANNEXE 1**

**A ne compléter que lors**

**d’une demande de reconventionnement**

**PROJET D’INSERTION DE LA STRUCTURE**

Le présent projet d’insertion est élaboré sous la responsabilité du candidat et résulte de sa propre initiative Il sera décliné en quatre axes :

- Axe n°1 : Accueil et intégration en milieu de travail,

- Axe n°2 : Les objectifs opérationnels liés à l’accompagnement social et professionnel,

- Axe n°3 : La formation des salariés en insertion,

- Axe n°4 : La contribution à l’activité économique et au développement territorial.

**Au-delà de la mise en œuvre opérationnelle générale de ces axes, vous préciserez, pour chacun de ces axes, les actions spécifiques qui seront mises en œuvre sur les trois années à venir.**

**Axe n° 1 :**

**ACI, EI et ETTI : Le recrutement et la mise en situation de travail**

**AI : L’accueil et intégration en milieu de travail**

**EITI : Accueil des travailleurs indépendants**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  **Fonction** | **Actions** | **Moyens mobilisés en Interne** | **Partenariats** **(Nom, contenu des interventions, fréquences..)** |
| Procédures de dépôt d’offres, modalités de recrutement et formalités d’agrément |  |  |  |
| Intégration en milieu de travail pour la prise de poste (ACI-EI) |  |  |  |
| Accompagnement du salarié pour la mise en place des missions (AI-ETTI) |  |  |  |

**Axe n°2 : L’accompagnement social et professionnel**

**Décrire de manière détaillée :**

⮱ Les objectifs généraux des actions d’accompagnement (Développement, renforcement des actions d’accompagnement, création de nouveaux outils, ingénierie d’accompagnement, mise en place de référents…) :

⮱ Les actions d’accompagnements prévues sont-elles destinées à l’ensemble des salariés en insertion ?

 [ ] Oui [ ] Non

1. **Accompagnement réalisé en interne (s’appuyer sur les référentiels propres à chaque type de SIAE)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions d’accompagnement** | **Actions** | **Moyens mis en œuvre**  |
| **Accompagnement social** (accompagnement aux démarches, relais auprès de partenaires) |  |  |
| **Accompagnement professionnel** (suivi et formalisation des étapes de parcours, évaluation des compétences…, préparation à la sortie : périodes de mise en situation en milieu professionnel, accompagnement des démarches…) |  |  |

1. **Accompagnement réalisé en externe (ou par une mise à disposition)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du prestataire****(ou partenaire qui réalise une mise à disposition)** | **Type de prestation****(préciser si individuel ou collectif)** | **Nombre de bénéficiaires** | **Durée** | **Cout pour la structure** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Accompagnement de publics spécifiques, pour une partie des salariés en insertion : (personnes placées sous-main de justice, jeunes bas niveau de qualification…)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonctions d’accompagnement** | **Actions** | **Moyens mis en œuvre**  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Axe n° 3 : La formation des salariés en insertion**

La formation répond à un double objectif : lever les freins à l’employabilité dans l’emploi et vers l’emploi (au service du projet professionnel du salarié en insertion).

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Actions** | **Moyens mobilisés en Interne** | **Partenariats** **(Nom, contenu des interventions, fréquences..)** | **Montages financiers**(plan de formation et fonds mutualisés OPCA, CRIF, FLES, CG, FSE, PE..) |
| Formations liées à l’adaptation au poste (réalisée en interne ou externe pour l’acquisition de gestes professionnels) |  | Préciser si actions réalisée par les encadrants ou des formateurs spécifiques |  |  |
| Formations concernant les savoirs de base (illettrisme, linguistique…) |  |  |  |  |
| Formations pré-qualifiantes |  |  |  |  |
| Formations qualifiantes (CCP, CQP, BEP-CAP, CACES….) et VAE |  |  |  |  |
| Mobilisation de la formation en fin de parcours :- alternance (CIPI, CDPI contrats de pro…)- outils Pôle Emploi (POEC)- autres (CPF, CIF,…) |  |  |  |  |

**Axe n°4 : Contribution à l’activité économique et au développement territorial**

La cohérence de l’offre d’insertion mise en place par la structure avec les besoins du territoire

L’activité économique dans l’environnement départemental, choix d’investissement en lien avec le développement de l’activité

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Fonctions** | **Actions** | **Moyens mobilisés en Interne** | **Partenariats** **(Nom, contenu des interventions, fréquences..)** |
| Sécuriser l’activité économique (développement commercial, partenariats…) |  |  |  |
| Développement d’activités répondant à des besoins non satisfaits dans le cadre d’un ancrage territorial |  |  |  |
| Diversification des partenariats financiers  |  |  |  |
| Mutualisation de moyens avec d’autres SIAE ou structures (GES, PTCE….) |  |  |  |
| Accès aux marchés publics à clauses, aux marchés privés (achats responsables et RSE…) |  |  |  |
| Relations INSERTION avec les entreprises :- développer des parcours de recrutements, préparer les salariés aux métiers en tension sur le territoire, |  |  |  |

**ANNEXE 2**

**ATTESTATION DE DELEGATION DE SIGNATURE**

**Attestation de délégation de la signature du ou de la représentant(e) légal(e)**

Je soussigné(e), [nom, prénom et qualité du ou de la représentant(e) légal(e)], en qualité de représentant(e) légal(e) de [nom de l’organisme bénéficiaire qui sollicite l’aide, désigné dans le présent dossier], ayant qualité pour l’engager juridiquement, atteste que délégation de signature est donnée à [nom, prénom et qualité du délégataire], à l’effet de signer tout document nécessaire à la mise en œuvre de l’opération décrite dans la présente demande de subvention, à son suivi administratif et financier et tout document sollicité par les instances habilitées au suivi, à l’évaluation et au contrôle des aides financières attribuées.

Les documents signés en application de la présente délégation de signature, comporteront la mention **« pour le (ou la) représentant(e) légal(e) et par délégation »**.

Je m’engage à faire connaître toute limitation apportée à cette délégation de signature.

**Rappel :** Le délégant n’est pas dessaisi de ses compétences, et en conserve la responsabilité éventuelle. Déléguer, c’est attribuer à autrui la capacité juridique d’engager l’association ([article 1984 du Code civil](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D5215935ED7B57FB575E284788042AFD.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006445236&cidTexte=LEGITEXT000006070721)). Le délégataire doit strictement respecter son mandat et ne rien faire au-delà, sauf à engager sa responsabilité civile ([article 1989 du Code civil](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=D5215935ED7B57FB575E284788042AFD.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006445247&cidTexte=LEGITEXT000006070721)). Tout acte signé en vertu d’une délégation de signature est réputé être signé par le délégant lui-même. Le délégant est alors tenu de respecter les engagements pris par le délégataire et est donc responsable des actes de celui-ci, éventuellement même les actes au-delà de la stricte exécution du mandat s’il les a ratifiés expressément ou tacitement ([article 1998 du Code civil](http://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do;jsessionid=02D7F46FF06414212BF57F98F9A98112.tpdjo12v_3?idArticle=LEGIARTI000006445293&cidTexte=LEGITEXT000006070721)).

Fait le ............................................ à .........................................................................................

Cachet et Signature :