|  |
| --- |
| Annexe 2 |
| Dossier de demande  Dispositif d’emploi accompagné 2017 |

[1. Renseignements administratifs du gestionnaire 2](#_Toc484779836)

[1.1. Identification de la structure gestionnaire 2](#_Toc484779837)

[1.2. Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts 2](#_Toc484779838)

[1.3. Votre structure est : 3](#_Toc484779839)

[2. Description du projet 3](#_Toc484779840)

[2.1. Identification de la personne responsable du projet 3](#_Toc484779841)

[2.2. Bénéficiaires visés par le projet (dispositif d’emploi) 3](#_Toc484779842)

[2.2.1. Le projet cible des travailleurs handicapés, bénéficiant d’une orientation de la CDAPH : 3](#_Toc484779843)

[2.2.2. Sélectionner le type de public visé : 3](#_Toc484779844)

[2.2.3. Préciser le profil de personnes ciblées (type de déficience, milieu de scolarisation, public ESAT…) ainsi que la file active selon les profils concernés 4](#_Toc484779845)

[2.3. Territoires d’intervention du projet 4](#_Toc484779846)

[2.4. Description succincte du déroulement du projet 4](#_Toc484779847)

[2.4.1. Objectif général du projet d’emploi accompagné 4](#_Toc484779848)

[2.4.2. Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap 4](#_Toc484779849)

[2.4.3. Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur. (ex : appui ponctuel du référent emploi accompagné, …) 5](#_Toc484779850)

[2.4.4. Lister les entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir 5](#_Toc484779851)

[2.4.5. Indiquer tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place du dispositif 6](#_Toc484779852)

[2.4.6. Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet 6](#_Toc484779853)

[2.4.7. Convention de gestion bipartie ou tripartie 7](#_Toc484779854)

[2.5. Modalités de suivi et d’évaluation du dispositif d’emploi accompagné (données quantitatives et qualitatives) notamment pour : 7](#_Toc484779855)

[2.6. Calendrier du projet 7](#_Toc484779856)

[2.7. Budget du projet 7](#_Toc484779857)

[2.8. Observations complémentaires du projet 7](#_Toc484779858)

## Renseignements administratifs du gestionnaire

## Identification de la structure gestionnaire

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom de la structure :

Numéro FINESS

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Adresse de son siège social :

Département(s) du siège de votre structure : (sélectionner un département)

Ardennes (08)

Aube (10)

Marne (51)

Haute-Marne (52)

Meurthe-et-Moselle (54)

Meuse (55)

Moselle (57)

Bas-Rhin (67)

Haut-Rhin (68)

Vosges (88)

Code postal du siège :

Commune :

Adresse mail de la structure :

Adresse site internet :

Téléphone :

Télécopie (fax) :

## Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel (mail) :

## Votre structure est :

**(Sélectionner l’une des trois options)**

1. 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[[1]](#endnote-1).
2. 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 nommé ci-dessus.
3. un autre organisme, dont les établissements médico-sociaux accompagnant des jeunes handicapées (IME, ASE) ayant conclu une convention de gestion avec un établissement ou service mentionné au (a) ET un organisme relevant du (b)

## Description du projet

**(Compléter les informations suivantes)**

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

## Bénéficiaires visés par le projet (dispositif d’emploi)

## Le projet cible des travailleurs handicapés, bénéficiant d’une orientation de la CDAPH :

Oui Non

## Sélectionner le type de public visé :

1. Travailleurs handicapés bénéficiant d’une reconnaissance de la qualité de travailleurs handicapés ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail;
2. Travailleurs handicapés accueillis dans un établissement ou service d’aide par le travail mentionné au *a du 5o du I de l’article L. 312-1* du code de l’action sociale et des familles**2** ayant un projet d’insertion en milieu ordinaire de travail;
3. Travailleurs handicapés en emploi en milieu ordinaire de travail qui rencontrent des difficultés particulières pour sécuriser de façon durable leur insertion professionnelle.

## Préciser le profil de personnes ciblées (type de déficience, milieu de scolarisation, public ESAT…) ainsi que la file active selon les profils concernés

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Sélectionner le type de public ciblé ci-dessous (plusieurs réponses possibles) :

les jeunes sortants du milieu scolaire vers l’emploi

le public sortant des ESAT

le public actif salarié avec des troubles spécifiques (handicap psy, autisme, déficiences cognitifs …)

## Territoires d’intervention du projet

Département (s)

Ardennes (08)

Aube (10)

Marne (51)

Haute-Marne (52)

Meurthe-et-Moselle (54)

Meuse (55)

Moselle (57)

Bas-Rhin (67)

Haut-Rhin (68)

Vosges (88)

Commune (s) :

## Description succincte du déroulement du projet

## Objectif général du projet d’emploi accompagné

***(Compléter ci-dessous, Texte libre) (Préciser le type de complémentarité avec d’autres dispositifs)***

## Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap

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

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

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

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

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

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

1. ***Lister les modalités d’entrée et de sortie prévue par le dispositif.***

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

Entrée :

Sortie :

1. ***Sélectionner les phases de l’accompagnement envisagé :***

***(Sélectionner une ou plusieurs réponses)***

d.1- L’évaluation de la situation du travailleur handicapé, en tenant compte de son projet professionnel, de ses capacités et de ses besoins, ainsi que ceux de l’employeur;

d.2 - La détermination du projet professionnel et l’aide à sa réalisation;

d.3 - L’assistance du bénéficiaire dans sa recherche d’emploi;

d.4 - L’accompagnement dans l’emploi afin de sécuriser le parcours professionnel (faciliter l’accès aux formations et bilans de compétence, adaptation ou aménagement de l’environnement de travail.

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

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Lister les entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

***S’il s’agit des nouvelles entreprises, décrire la démarche de sensibilisation envisagée auprès de nouvelles entreprises susceptibles de recruter des travailleurs handicapés***

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

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

## Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet

* ***Nombre total d’effectifs :***

|  |  |
| --- | --- |
| Qualification (éducateur, psy…) | Compétences mobilisées |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

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

Pour le travailleur en situation de handicap :

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

Pour l’employeur

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Convention de gestion bipartie ou tripartie

**Sélectionner, dans la liste ci-dessous, le(s) organisme(s) avec lesquels votre structure a conclu au minimum une convention de gestion (une ou plusieurs réponses) :**

1. Organismes de placement spécialisés, chargés de la préparation, de l'accompagnement et du suivi durable dans l'emploi des personnes handicapées.
2. Le Pôle emploi
3. Missions locales pour l'insertion professionnelle et sociale des jeunes (L. 5314-1)

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Modalités de suivi et d’évaluation[[2]](#footnote-1) du dispositif d’emploi accompagné (données quantitatives et qualitatives) notamment pour :

Une liste d’indicateurs de suivi et d’évaluation du dispositif sera diffusée ultérieurement.

## Calendrier du projet

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Budget du projet

Merci de remplir et joindre au présent dossier de demande le tableau du budget prévisionnel prévu dans l’annexe 4 du cahier de charges.

## Observations complémentaires du projet

***(Compléter ci-dessous, Texte libre) (Joindre tout document ou diagramme complémentaire permettant la compréhension du dispositif).***

1. *Article L. 312-1 CASF*

   *5° Les établissements ou services :*

   *a) D'aide par le travail, à l'exception des structures conventionnées pour les activités visées à* [*l'article L. 322-4-16*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006648239&dateTexte=&categorieLien=cid) *du code du travail et des entreprises adaptées définies aux articles L. 323-30 et suivants du même code ;*

   *b) De réadaptation, de préorientation et de rééducation professionnelle mentionnés à* [*l'article L. 323-15*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006072050&idArticle=LEGIARTI000006648680&dateTexte=&categorieLien=cid) *du code du travail ;*

   *7° Les établissements et les services, y compris les foyers d'accueil médicalisé, qui accueillent des personnes handicapées, quel que soit leur degré de handicap ou leur âge, ou des personnes atteintes de pathologies chroniques, qui leur apportent à domicile une assistance dans les actes quotidiens de la vie, des prestations de soins ou une aide à l'insertion sociale ou bien qui leur assurent un accompagnement médico-social en milieu ouvert* [↑](#endnote-ref-1)
2. *Le suivi des indicateurs est réalisé par la personne morale gestionnaire conformément à un référentiel national élaboré selon les modalités précisées dans la convention prévue à l’article D. 5213-91.* [↑](#footnote-ref-1)