|  |
| --- |
| Annexe 1 du cahier des charges |
| Dossier de demandeDispositif d’emploi accompagné 2019 |

[1. Renseignements administratifs du gestionnaire 3](#_Toc491763103)

[1.1. Identification de la structure gestionnaire 3](#_Toc491763104)

[1.2. Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts) 3](#_Toc491763105)

[1.3. Votre structure est : 4](#_Toc491763106)

[2. Description du projet (se reporter au cahier des charges) 4](#_Toc491763107)

[2.1. Identification de la personne responsable du projet 4](#_Toc491763108)

[2.2. Bénéficiaires visés par le projet (dispositif d’emploi) 4](#_Toc491763109)

[2.2.1. Sélectionner le type de public visé : 4](#_Toc491763110)

[2.2.2 Préciser le profil de personnes ciblées (type de déficience, milieu de scolarisation, public ESAT…) 5](#_Toc491763111)

[(Compléter ci-dessous, Texte libre) 5](#_Toc491763112)

[2.2.3 Préciser le nombre prévisionnel de parcours suivis en file active 5](#_Toc491763113)

[(Compléter ci-dessous, Texte libre) 5](#_Toc491763114)

[2.3 Territoires d’intervention du projet 5](#_Toc491763115)

[2.4 Description du déroulement du projet 5](#_Toc491763116)

[2.4.1 Objectif général du projet d’emploi accompagné 5](#_Toc491763117)

[2.4.2 Activités et prestations prévues pour la personne en situation de handicap 5](#_Toc491763118)

[2.4.3 Nature des activités et des prestations visant à répondre aux besoins de l’employeur. (ex : appui ponctuel du référent emploi accompagné, …) 6](#_Toc491763119)

[2.4.4 Lister les entreprises et/ou administrations avec lesquelles le dispositif d’emploi accompagné envisage d’intervenir 6](#_Toc491763120)

[2.4.5 Indiquer les modalités de travail envisagées avec les MDPH ainsi que tout autre partenariat complémentaire (…) 7](#_Toc491763121)

[2.4.6 Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet 7](#_Toc491763122)

[2.4.7 Convention de gestion bipartite ou tripartite 8](#_Toc491763123)

[2.5 Modalités de suivi et d’évaluation du dispositif d’emploi accompagné (données quantitatives et qualitatives) 8](#_Toc491763124)

[2.6 Calendrier du projet (joindre un échéancier de réalisation) 8](#_Toc491763125)

[2.7 Budget du projet 8](#_Toc491763126)

[2.8 Observations complémentaires du projet 8](#_Toc491763127)

## Renseignements administratifs du gestionnaire

## Identification de la structure gestionnaire

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

Nom de la structure :

Numéro FINESS (si ESMS) géographique

Numéro FINESS (si ESMS) juridique……………………………………………………………………….

Numéro SIRET : ……………………………………………………………………………………………

Numéro SIREN : …………………………………………………………………………………………….

Statut juridique (association, reconnue d’intérêt publique, société…) :…………………………………

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Adresse de son siège social :

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 deux options)**

1. un établissement ou service médico-social[[1]](#footnote-1) de mentionnés aux [5° ou 7°[[2]](#footnote-2) de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles](https://www.legifrance.gouv.fr/affichCodeArticle.do?cidTexte=LEGITEXT000006074069&idArticle=LEGIARTI000006797382&dateTexte=&categorieLien=cid) ayant conclu une convention de gestion avec l'un au moins des organismes mentionnés aux articles L. 5214-3-1, L. 5312-1 et L. 5314-1 du Code du travail (Pôle Emploi, Cap emploi, missions locales…) ayant signé une convention de gestion avec un opérateur du service public de l’emploi.
2. 🞏 un organisme, ayant conclu une convention de gestion avec un établissement ou service médico-social mentionné plus haut et un opérateur du service public de l’emploi, notamment un établissement ou service mentionnés aux 1°[[3]](#footnote-3) ou 2[[4]](#footnote-4)° de l’article L.312-1 du code de l’action sociale et des familles.

## Description du projet (se reporter au cahier des charges)

**(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)

## 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 5° du I de l’article L. 312-1* du code de l’action sociale et des familles 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…)

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

## Préciser le nombre prévisionnel de parcours suivis en file active

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

## Territoires d’intervention du projet

***Préciser le ou les territoires d’intervention-cible, en situant le ou les organismes, ESMS, services publics de l’emploi partis au projet***

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

## Description du déroulement du projet

## 2.4.1 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. ***Lister les modalités d’entrée et de sortie prévue par le dispositif, et les modalités de priorisation des demandes et de mise en œuvre d’une première réponse, modalités de réévaluation des demandes, modalités d’admission en urgence.***

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

Entrée :

Sortie :

Modalités de priorisation des demandes : ………………………………………………………………..

………………………………………………………………………………………………………………

Modalités de réévaluation des demandes : ……………………………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………….

Modalités d’admission en urgence : ………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………………………

* 1. ***Préciser les modalités opérationnelles des quatre modules d’accompagnement (modalités de soutien à l’insertion professionnelle, modalités d’accompagnement médico-social, articulation entre les deux, fonctionnement, nombre d’intervention, fréquence…)***
* 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;

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

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

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

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

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

- 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.

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

* 1. ***Préciser, le cas échéant, les modalités d’évaluation préliminaire***

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

## 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 les MDPH ainsi que tout autre partenariat complémentaire existant ou envisagé permettant la mise en place du dispositif (articulations avec les dispositifs existants en matière d’insertion professionnelle, et de maintien dans l’emploi, connaissance du territoire d’intervention…)

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

## 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)***

* ***Détailler les conditions matérielles et logistiques de fonctionnement du dispositif***

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

* ***Détailler les modalités de gestion et de management de l’équipe-projet***

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

## Convention de gestion bipartite ou tripartite

**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[[5]](#footnote-5) du dispositif d’emploi accompagné (données quantitatives et qualitatives)

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

## Calendrier du projet (joindre un échéancier de réalisation)

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

## Budget du projet

Merci de remplir et joindre au présent dossier de demande le tableau de financement envoyé en même temps, ainsi qu’un budget global de fonctionnement

Estimer un coût repère-moyen par travailleur handicapé par module d’accompagnement

Présenter les investissements financiers nécessaires

## 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 ;* ***(ESAT…)***

   *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 ;* ***(CRP, CPO…)*** [↑](#footnote-ref-1)
2. *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 (****FAM, foyers, SAMSAH, MAS, SAVS…)*** [↑](#footnote-ref-2)
3. *Les établissements ou services prenant en charge habituellement, y compris au titre de la prévention, des mineurs et des majeurs de moins de vingt et un ans relevant des articles L. 221-1, L. 222-3 et L. 222-5 ; (****établissements de l’ASE…)*** [↑](#footnote-ref-3)
4. *Les établissements ou services d'enseignement qui assurent, à titre principal, une éducation adaptée et un accompagnement social ou médico-social aux mineurs ou jeunes adultes handicapés ou présentant des difficultés d'adaptation* ***(IME, SESSAD..).*** [↑](#footnote-ref-4)
5. *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-5)