****

**Dossier de candidature**

APPEL À MANIFESTATION D’INTERÊT

HABITAT INCLUSIF – AIDE À LA VIE PARTAGÉE

en direction des porteurs de projets d’habitats inclusifs

au bénéfice des personnes âgées et des personnes en situation de handicap

**dans le cadre de la**

Conférence des Financeurs de l’Habitat Inclusif

DATE ET HEURE LIMITE DE REMISE DES PROJETS :

**Le 30 juin 2024 à 17 heures**

sur l’adresse mail de la CFHI du Département du Gers :

habitat-inclusif@gers.fr

**PIECES A JOINDRE AU DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Documents relatifs au projet :**

* Le présent dossier de candidature à renseigner dans son intégralité.
* Attestation sur l’honneur (p 14 du dossier)
* Une présentation du projet mettant en valeur les éléments de réponse à l’avis d’appel à manifestation d’intérêt et aux critères de sélection
* Fiche de poste du professionnel rémunéré par l’Aide à la Vie Partagée
* Plan des locaux envisagés
* Lettre d’intention du partenaire sur la partie immobilière et financière du projet **mentionnant la date prévisionnelle d’ouverture aux habitants portée dans le dossier de candidature.**
* Si opportun : supports de communication, articles de presse concernant le projet...

**Documents relatifs au porteur de projet :**

* Relevé d’Identité Bancaire
* Bilan de l’année N-1 de la structure
* Compte de résultat de l’année N-1
* Annexes financières de l’année N-1
* Procès-verbal de l’assemblée générale approuvant les comptes de l’année N-1
* Statuts de la structure

Pour les associations :

* Récépissé de déclaration de création de la structure en Préfecture et, le cas échéant, le récépissé de la dernière modification des statuts
* Déclaration au Journal Officiel

Pour les autres :

* Hormis les statuts en tant que tels, la structure qui porte le projet peut joindre tout élément nécessaire concernant sa forme juridique.

**ENGAGEMENTS DE LA STRUCTURE**

*Les engagements suivants seront précisés dans la convention signée*

*entre le porteur de projet retenu et le Département du Gers :*

Le porteur de projet s’engage, en cas d’attribution de l’aide à la vie partagée, à utiliser le logo du Département du Gers dans ses documents de communication.

Un compte rendu qualitatif et financier du projet sera à retourner au Département du Gers de manière annuelle.

Si tout ou partie du financement n’était pas utilisé conformément à son objet, le Département du Gers demanderait le remboursement de la somme correspondante.

CONTACT

Département du Gers – Direction Générale Adjointe Solidarité

DPA / Service information et coordination de l’autonomie

Marie-Claude GRUET: Tél : 05.62.67.42.62 / 40.93.

Courriel : habitat-inclusif@gers.fr

|  |
| --- |
| 1. **Présentation du porteur de projet**
 |

|  |
| --- |
| **A. Identification de l’Habitat inclusif** |

|  |  |
| --- | --- |
| Dénomination de l’Habitat inclusif |  |
| Adresse du projet d’habitat inclusif |  |

|  |
| --- |
| **B. Identification du porteur** |

Nom du porteur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Adresse du siège social : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Code postal : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Commune :

N° de téléphone : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

E-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

***Merci de noter l’adresse où envoyer la correspondance***

* Le porteur est-il gestionnaire d’un établissement ou service social et médico-social (ESSMS) ?

 Oui, préciser le(s) quel(s) :

 Non

* **Le représentant légal (le Président ou autre personne désignée par les statuts)**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact tél et mail \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* **La(es) personne(s) chargée(s) du dossier au sein de la structure :**

Nom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact téléphonique et mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Autres interlocuteurs (précisez nom et la place dans le projet) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| **C. Renseignements administratifs et juridiques sur le porteur** |

**Pour les opérateurs privés seulement :**

Numéro de SIREN : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Numéro de SIRET : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Numéro de licence (entrepreneur du spectacle) : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Date de publication au Journal Officiel : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

**Pour les associations loi 1901 seulement :**

N° de récépissé en Préfecture : \_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

Date et lieu de la première déclaration en Préfecture : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Date et lieu de la dernière déclaration de modification en Préfecture :

/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ A \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Modification portant sur : nom  objet  siège social  autre 

*Joindre le document à votre dossier*

 **Rayonnement de l’activité de la structure :**

Communal  Départemental 

National  Régional 

|  |
| --- |
| **D. Descriptif des activités courantes de la structure** |

 Préciser les activités principales de la structure

Préciser l’expérience du porteur auprès des personnes âgées et/ou en situation de handicap.

|  |
| --- |
| **E. Nombre d’habitats déjà portés**  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Désignation des Habitats déjà portés ou en projet | Commune/Département | Statut (existant ou à venir) | Type (participatif, inclusif, partagé, autres) | Nombre d’habitants | Dont nombre de personnes âgées de 65 ans ou plus  | Dont nombre de personnes en situation de handicap |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **F. Coordonnées du bailleur (si différent du porteur de projet)**  |

Nom du bailleur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Fonction : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Contact téléphonique et mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

|  |
| --- |
| 1. **Présentation du projet**
 |

Merci de rédiger un dossier de présentation du projet **de 30 pages maximum** (annexes comprises). Vous pouvez pour cela vous appuyer sur les éléments listés ci-après.

L’objectif est de mettre en valeur la pertinence de votre projet au regard des critères de sélection définis dans le cahier des charges.

|  |
| --- |
| **A. Présentation du projet (liste non exhaustive)** |

* Préciser les conditions de l’ancrage local : la localisation de l’Habitat et son intégration dans la cité, l’accessibilité notamment des transports en commun, commerces de proximité, accès à la culture et aux services… ;
* Préciser le nombre de logements et leurs typologies, le nombre d’habitants estimé, le modèle d’habitat inclusif envisagé (colocation, groupé, diffus…), et le type d’espace partagé (local dédié…) ;
* Décrire les motivations, les modalités d’élaboration du projet, de mise en œuvre opérationnelles ;
* Le calendrier prévisionnel (ingénierie, opérationnalité) ; spécifier la date d’ouverture de l’Habitat inclusif envisagée et le niveau d’avancement du projet (recherche de foncier, permis de construire déposé, financements obtenus, construction en cours…) ;
* Préciser les modalités de « sélection » des futurs locataires et les instances prévues liées à l’attribution ;
* Comment pensez-vous pérenniser l’action et avec quel modèle économique ?
* Évaluation du projet (quelle méthodologie et quels critères seront retenus dans le cadre de l’évaluation du projet) ;
* Critères et résultats attendus (décrivez les résultats que vous attendez en termes de parcours résidentiel, l’effet escompté de votre action sur les bénéficiaires*.*

|  |
| --- |
| **B. Les personnes concernées** |

* Public âgé de 65 ans ou plus / public en situation de handicap ;
* Préciser les types de handicap et/ou leur degré d’autonomie ;
* Si le projet s’adresse à des publics mixtes, préciser le profil des autres habitants ;
* Préciser si le projet fait suite à un diagnostic ayant mis en lumière des besoins (repérage des besoins, raisons de la mise en place). (joindre le diagnostic).

|  |
| --- |
| **C. Qualité de l’accompagnement collectif** |

* Décrire les actions collectives envisagées (vie quotidienne, convivialité, participation à la vie de quartier et d’accès à l’offre de loisirs, de sport, de citoyenneté, de culture (fréquence, durée, diversité…) en précisant les activités envisagées ou en place, le rythme établi, les lieux, etc… ;
* Décrire l’implication des habitants au sein du logement et à l’échelle du quartier (modalités de recueil des besoins et attentes, association des locataires, participation aux instances locales citoyennes, adhérents aux associations de droits communs ...) ;
* Préciser les modalités de participation des habitants dans l’élaboration du Projet de Vie Sociale et Partagée ;
* Concernant le professionnel en charge de l’animation du collectif, indiquez : sa fonction (joindre une fiche de poste), temps consacré au projet (Nombre d’Équivalents Temps Pleins), les qualifications (diplômes et formations), rémunération brute annuelle ;
* Précisez les éventuelles autres ressources humaines nécessaires au projet.

|  |
| --- |
| **D. Partenariats et communication** |

* Décrire la dynamique partenariale engagée ou envisagée (liens avec les acteurs associés afin de favoriser le maillage territorial) ;
* Préciser les étapes et le niveau de co-construction de votre projet, préciser les partenaires et les instances ;
* La communication sur le déploiement du projet.

|  |
| --- |
| **3)** **Description du projet d’habitat inclusif** |

|  |
| --- |
| **A - Situation de l’Habitat inclusif** |

L’Habitat inclusif est :

 En réflexion, préciser la date d’ouverture envisagée : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 En construction :

 Indiquer la date d’ouverture prévue : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Indiquer la date d’obtention du permis de construire : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 En fonctionnement : indiquer la date d’entrée du 1er habitant : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Calendrier prévisionnel des prochaines étapes du projet :

Préciser si vous avez bénéficié de crédits d’ingénierie pour ce projet :

Le porteur est –il :

* Propriétaire des logements :

  Oui  Non : dans ce cas, préciser le nom et les coordonnées du propriétaire :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

* Propriétaire de l’espace partagé :

  Oui  Non : dans ce cas, préciser le nom et les coordonnées du propriétaire :

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Besoins/activités de l’Habitat inclusif :

* Indiquer la/les justifications d’un tel habitat (repérage des besoins…) :
* Dans le cas où l’Habitat inclusif est ouvert, indiquer succinctement le bilan de cet habitat :

|  |
| --- |
| **B – Descriptif de l’Habitat inclusif** |

|  |  |
| --- | --- |
| Profil et nombre  |   Personnes âgées 65 ans ou plus :  Personnes en situation de handicap :  Personnes âgées 65 ans ou plus et personnes en situation de handicap :  Autre public accueilli (préciser le(s)quel(s) : Nombre total d’habitants dans l’Habitat inclusif :   |
| Caractéristiques  | *Spécificité en termes de pathologie ou de type de handicap, moyenne d’âge, perte d’autonomie, travailleur ESAT, trouble du spectre de l’autisme ou du neuro développement…*  |
| Lieu de vie de provenance  |  Domicile individuel  Logement accompagné Domicile familial  Hôpital  Etablissement  Autre habitat inclusif Autres : |
| Statut des habitants  |  Propriétaire  Sous locataire Locataire  Autres |
| Procédure de recrutement  | *Réunions d’information, commission de sélection (composition), critères de choix…*  |
|  **Caractéristiques de l’Habitat inclusif (joindre plans de l’Habitat inclusif)** |
| Forme de l’Habitat inclusif  |  Habitat groupé  Intégré dans un immeuble d’habitation  résidence intergénérationnelle  Colocation Autres :  |
| Type de projet immobilier |  Construction neuve  Offre déjà existante  Rénovation  Autres : |
| Nombre de logements et typologie  | *T1, T2, …*Préciser le nombre de m2 par logement et la répartition des espaces Les logements sont-ils constitués ? :  d’une chambre d’une cuisine ou kitchenette d’une salle de bain d’un WC |
| Montant du loyer prévisionnel et des charges afférentes | *Par typologie de logement* |
| Présence d’un espace commun partagé  |  *Localisation : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Nombre de m2 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Description : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_* |
| Adaptations des logements aux besoins du public  | *Équipements, le cas échéant en matière de domotique, et aménagements ergonomiques*  |
| Accessibilité du lieu d’habitat  |  proximité des transports services publics (préciser) : commerces de proximité (préciser) :  services de santé, sociaux et médico-sociaux (préciser) :Préciser les moyens de mobilité que vous mettrez à disposition des habitants :  |
|  **Projet de vie sociale et partagée**  |
| Décrire précisément comment le projet favorisera le « vivre ensemble »  |  |
| Décrire précisément comment le projet permettra aux habitants de participer à la vie du quartier/commune |  |
| Préciser les modalités de participation des habitants à l’élaboration du projet de vie sociale et partagée |  |
| Professionnel recruté pour l’animation du projet de vie sociale et partagée |   emploi d’une personne salariée directement par le porteur du projet Préciser :  recrutement effectué  recrutement à venir emploi d’une personne via un service prestataire : Préciser le nom du service : * Nombre en ETP :
* Profil de l’animateur (joindre la fiche de poste) :
* Indiquer ses missions :
 |
| Partenaires identifiés et leur rôle  | Lesquels :Ont-ils déjà été sollicités  Oui  NonSi oui, sous quelles formes ? (réunion, entretien…) |

|  |  |
| --- | --- |
| **C- Le budget**  |  |

Etat du projet financier :

 Budget finalisé  En recherche de financement

|  |
| --- |
| Budget annuel global de fonctionnement de l’Habitat inclusif |
| Coût détaillé annuel de fonctionnement de l’Habitat inclusif | Montant | Détail du financement annuel du fonctionnement | Montant |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

* Montant de l’AVP demandé par an et par habitant :
* Montant du reste à charge mensuel par habitant :

|  |
| --- |
| Budget global d’investissement de l’Habitat inclusif |
| Coût détaillé annuel de fonctionnement de l’Habitat inclusif | Montant | Détail du financement annuel du fonctionnement | Montant | Préciser si le financement a été demandé ou accordé |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Aide à la pierre :

 Déjà sollicitée  Prévue  Ne sait pas  Pas prévue

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

Dans le cadre de cette demande de mobilisation de l’aide à la vie partagée, le représentant légal de la structure doit attester sur l’honneur la validité des renseignements transmis.

Si le signataire n’est pas le représentant légal de la structure, merci de joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom et prénom)

Représentant légal de la structure *(Président ou personne désignée par les statuts)*,

* certifie que la structure est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants,

* certifie exactes et sincères les informations fournies dans le présent dossier, notamment l’approbation du budget par les instances statutaires,

* demande une mobilisation de l’aide à la vie partagée au bénéfice des personnes âgées et/ou des personnes en situation de handicap vivant dans l’Habitat inclusif animé et coordonné par ma (future) structure.

Ce projet d’habitat inclusif est destiné à accueillir ……habitants dont …… personnes âgées de 65 ans et plus et ……. personnes en situation de handicap.

Le montant de l’aide à la vie partagée par personne et par an nécessaire à la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée est estimé à : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**

 Nom, prénom, fonction,

 Signature