

CENTRE COMMUNAL D’ACTION SOCIALE

**Dossier de candidature**

AVIS D’APPEL A CANDIDATURES

AUX SERVICES D’AIDE A LA PERSONNE INTERVENANT SUR LE TERRITOIRE DE POISSY

Nom et coordonnées de la Personne en charge du dossier :

**Le dossier de demande** est à compléter et à remettre en mains propres **pour le 21 juin 2016, 12 heures**, au plus tard à l’adresse suivante :

La Maison Bleue

25 ter, avenue du Cep

78 300 POISSY

**A la suite de chaque question fermée à laquelle vous devrez répondre par « oui » ou par « non », une zone libre est prévue :**

* **pour justifier de votre réponse (préciser)**: cette étape est obligatoire et il est impératif de détailler chaque élément de la question posée. Vous devez compléter cet encadré quelque soit votre réponse positive ou négative. En l’absence de remplissage, le dossier ne pourra pas être traité.
* les cadres peuvent être agrandis à cet effet

**Vous devez joindre les pièces complémentaires suivantes à votre dossier :**

* Une déclaration sur l’honneur certifiant qu’il n’est l’objet de l’une des condamnations devenues définitives, mentionnées au livre III du Code de l’action sociale et des familles (CASF).
* Une déclaration sur l’honneur certifiant qu’il n’est l’objet d’aucune des procédures mentionnées aux articles L 313-16, L 331-5, L 471-3, L 472-10, L 474-2 ou L 474-5 du CASF.
* Plaquettes de présentation
* Compte de résultat et bilan 2015 et dernier bilan certifié
* Tableau de statistiques annuelles NOVA 2015 et bilan annuel d’activité NOVA 2015.

Dans le cas où plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s’associent pour proposer un projet, les documents complémentaires de candidature de la présente rubrique devront être fournis par chacune d’entre elles et il devra être adressé un état descriptif des modalités de coopération envisagées en page 9.

**Dossier de candidature**

**Avis d’appel à candidature aux services d’aide à la personne intervenant sur le territoire de Poissy**

**Identification du ou des organisme(s) candidat(s)**

* **Nom(s) et coordonnées du ou des organisme(s) porteurs:**

*En cas de organisme unique, remplir un seul cadre*

*En cas de groupement, remplir un cadre par membre du groupement et le premier cadre pour présenter le mandataire du groupement*

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom du groupement*****A remplir si groupement :*** | Adresse postale  du groupement :Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Mandataire/Responsable du groupement: |
| **Nom de l’organisme 1 :****…….** | Adresse postale :Coordonnées téléphoniques (domiciliation)  :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’organisme :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’organisme 2 :****……** | Adresse postale (domiciliation)  :Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’organisme :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’organisme 3****……** | Adresse postale (domiciliation) :Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’organisme :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’organisme 4****……** | Adresse postale  (domiciliation):Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’organisme :Personne Responsable du service : |

Si un organisme a plusieurs agences, le préciser.

**Quelles sont les missions de votre organisme/groupement**

**Le public que vous accompagnez**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de bénéficiaires | **Répartition par GIR en %** |
| 6 | 5 | 4 | 3 | 2 | 1 |
| Organisme 1 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 2 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 3 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 4 |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de bénéficiaires résidant sur le territoire de  | Poissy | Villennes S/Seine | Carrières Ss/Poissy | Achères | … | … |
|  |  |  |  |  |  |
| Organisme 1 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 2 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 3 |  |  |  |  |  |  |
| Organisme 4 |  |  |  |  |  |  |

**Vos valeurs, vos missions, votre vision**

* Quelles sont les valeurs qui guident vos missions ? comment ces valeurs sont-elles portées dans le fonctionnement de votre organisme, dans vos actions ?

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* Votre organisme/groupement prend t-il en charge les **personnes âgées, les personnes handicapées et les personnes atteintes de pathologies chroniques** domiciliées sur le territoire d'interventionde Poissy?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser pour chaque élément de la question** |  |

* Votre organisme/groupement s’assure t-il de la **qualité de la réponse apportée aux besoins de la personne accompagnée,** mais aussi du **rôle et de la place offerte aux proches aidants** dans l’organisation et la mise en œuvre de leurs prestations ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser pour chaque élément de la question** |  |

* Les actions des professionnels de l’aide et de l’accompagnement à domicile du votre organisme/groupement visent-elles à **préserver l’autonomie des personnes prises en charge dans l’exercice de leurs activités de la vie quotidienne**?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Les **actions de prévention** de votre organisme/groupement concourent-elles à favoriser le maintien à domicile des personnes accompagnées?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* L’organisme/groupement prévoit-il la mise en œuvre de son rôle de **repérage, d’alerte et de signalement des situations d’isolement, de fragilités, de perte d’autonomie ou d’aggravation** des personnes accompagnées?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement établit-il les **partenariats** utiles notamment avec les établissements de santé et les caisses de retraite, en amont des sorties d’hospitalisation, afin d’accompagner leur retour et leur maintien à domicile ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Quelle la vision stratégique de votre organisme/groupement pour les 3/5 ans à venir?

|  |
| --- |
|  |

**L’organisation de votre organisme/groupement**

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* Votre organisme/groupement réalise t-il **une visite évaluation des attentes et des besoins** de la personne accompagnée et des visites de réévaluation?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement prévoit-il l’élaboration **du projet individualisé d’aide et d’accompagnement**, qui précise ses modalités de suivi, d’actualisation et de réévaluation (et sur quelle périodicité)?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement recherche t-il de manière systématique **l’expression, la participation et l’adhésion de la personne accompagnée au projet individualisé** ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement coordonne t-il ses interventions dans un objectif de **repérage des situations à risque de perte d’autonomie, d’alerte et d’intervention** le cas échéant ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement **coordonne t-il ses interventions avec les équipes des établissements de santé, des centres de santé, des établissements sociaux et médico-sociaux et avec les professionnels de santé libéraux** concernés ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement dispose t-il d’un outil de liaison à domicile (papier ou informatisé) pour partager avec les professionnels de santé libéraux ou les partenaires?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser**  |  |

* Les modalités de participation de la personne accompagnée et de son entourage ainsi que leurs droits, devoirs et obligations, sont-ils précisés dans le **livret d’accueil du service ainsi que dans le règlement de fonctionnement ?**



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* **Le livret d’accueil** contient-il les informations relatives aux modalités de recours, en cas de litige ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organisme/groupement met-il à disposition des personnes accompagnées **des supports d’information** relatifs à l’ensemble des prestations proposées ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* L'**accueil physique et l'accueil téléphonique** de votre organisme/groupement est-il cohérent avec l'offre de service proposé?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Votre organise/groupement assure t-il la **continuité des interventions**?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser**  |  |

* Votre organisme/groupement **intervient-il quotidiennement**, y compris les dimanches et jours fériés lorsque les besoins de la personne le nécessitent ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser pour chaque élément de la question (notamment concernant les intervenants les dimanches et jours fériés ?)** |  |

* Pouvez-vous décrire les modalités de coopération envisagées pour garantir la réalisation de prestations de qualité?

|  |
| --- |
|  |

**La qualité des prestations de votre organisme/groupement?**

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* Réalisez-vous une **évaluation des prestations** que vous dispensez auprès des personnes accompagnées (comment ? avec quels moyens? A quelle périodicité ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Apportez-vous **systématiquement** une réponse aux réclamations des bénéficiaires ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Détenez-vous une certification ou un label ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Etes-vous engagé dans la démarche qualité SYNEOS?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

* Quelles sont les actions, démarches, réflexions d’ordre innovant, menées ou en cours de votre organisme/groupement, qui éviteraient l’institutionnalisation des personnes accompagnées?

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

**Personnels de votre organisme/groupement**

**Vos effectifs :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total (personnes physiques) |  |
| ETP total |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre intervenants |  |
| Nombre Responsable de secteur |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Existe t’il un personne dédiée de la qualité ? | **OUI/NON**(entourez) |
| Décrivez succinctement ses missions ci-dessous? |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’intervenants à Temps plein |  |
| Nombre d’intervenants à temps partiel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre moyen d’heures réalisé par les intervenants à temps partiel |  |

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| % d’intervenants résidant sur le territoire des Boucles de la Seine (préciser communes) | Poissy | Villennes S/Seine | Carrières Ss/Poissy | Achères | … | … |
|  |  |  |  |  |  |

**Votre politique de formation**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| % intervenants possédant une qualification (à préciser) | DEAVS | …… | …. | …. |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’intervenants ayant réalisé une VAE au cours des 3 dernières années |  |
| Préciser les diplômes préparés) | **-** **-** **-** **-** |
| Formations suivies dans le cadre des dispositifs proposés par le CIMAP | **Dirigeants** | **RS** | **intervenants** |
|  |  |  |
| Préciser |  |

**Les rôles des personnels dirigeants et managers intermédiaires**

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* Le **responsable de votre organisme/groupement** exerce t-il un rôle de gestion et d’organisation de la structure et du personnel ? S’assure t-il du bon fonctionnement de la structure, de la bonne intégration des prestations d’aide et du développement des actions de prévention de la maltraitance?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser pour chaque élément de la question** |  |

* **Le Responsable de secteur de** votre organisme/groupement réalise t-il une visite d’évaluation des attentes et des besoins de la personne accompagnée et des visites de réévaluation ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser** |  |

**Votre politique de recrutement**

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* **Décrire ci-dessous votre politique de recrutement** (candidats privilégiés, dispositifs pour l’emploi utilisés, mesures d’intégration après l’embauche, type de contrats…)

|  |
| --- |
|  |

* **Comment envisagez-vous l’intégration des personnels du CCAS ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser (qui ?, combien ? Comment ?, Quand ?** |  |

**Périmètre territorial d’intervention de votre, de vos organisme(s)**

*Cocher la case oui ou non et justifier votre réponse dans l’encadré prévu à cet effet (préciser)*

* **Le territoire d'intervention** de votre organisme, votre groupement est-il défini précisément ?

* Quel est ou quels sont le ou les commune(s) sur le(s)quelle(s) intervient votre organisme, votre groupement?

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Commentaires** |  |