

VILLE DE POISSY

**Dossier de candidature**

AVIS D’APPEL A PROJETS :

CONVENTION D’OCCUPATION DU DOMAINE PUBLIC PAR DES ASSOCIATIONS DU SECTEUR SOCIAL, DE L’INSERTION ET DE LA FORMATION

Nom et coordonnées de la Personne en charge du dossier :

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

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.

**Dossier de candidature**

**Avis d’appel à projets : convention d’occupation du domaine public par des associations du secteur social, de l’insertion et de la formation**

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

* **Nom(s) et coordonnées de la ou des association(s) porteuse(s):**

*En cas d’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’association 1 :****…….** | Adresse postale :Coordonnées téléphoniques (domiciliation)  :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’association :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’association 2 :****……** | Adresse postale (domiciliation) :Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’association :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’association 3****……** | Adresse postale (domiciliation) :Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’association :Personne Responsable du service : |
| **Nom de l’association 4****……** | Adresse postale  (domiciliation):Coordonnées téléphoniques :Coordonnées mail :Directeur / responsable de l’association :Personne Responsable du service : |

Si une **association** a plusieurs agences, le préciser.**Dispositions relatives au cadre d’intervention**

**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 association, dans vos actions ?

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

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

* Votre association/groupement dispose-t-il d’un diagnostic local des problématiques concernées, des besoins des publics visés ? Comment l’avez-vous pris en compte dans le projet proposé ?
* Votre association/groupement répond-il à un objectif de mixité sociale ?
* Plusieurs tranches d’âge sont-elles concernées ?



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

**Le public que vous accompagnez aujourd’hui**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de bénéficiaires | **Répartition en %** |
| Enfants | Jeunes\* | Familles | Seniors |  |  |
| Association 1 |  |  |  |  |  |  |
| Association 2 |  |  |  |  |  |  |
| Association 3 |  |  |  |  |  |  |
| Association 4 |  |  |  |  |  |  |

\* précisez les âges dans cette colonne et/ou dans les colonnes laissées libre

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre de bénéficiaires résidant sur le territoire de  | Poissy | Autres communes de la CU GPS&O | Autres communes du 78 | Autres communes d’I-d-F | Autres |  |
|  |  |  |  |  |  |
| Association 1 |  |  |  |  |  |  |
| Association 2 |  |  |  |  |  |  |
| Association 3 |  |  |  |  |  |  |
| Association 4 |  |  |  |  |  |  |

**Sur quel type de problématique intervenez-vous ?**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total de bénéficiaires | **Répartition en %** |
| Insertion sociale | Formation | Insertion professionnelle | Santé | Autre(précisez) | Autre(précisez) |
| Association 1 |  |  |  |  |  |  |
| Association 2 |  |  |  |  |  |  |
| Association 3 |  |  |  |  |  |  |
| Association 4 |  |  |  |  |  |  |

* Combien de bénéficiaires seraient concernés au démarrage puis à terme ?

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

* Votre association /groupement s’assure-t-il de la **qualité de la réponse apportée aux besoins de la personne accompagnée,** dans l’organisation et la mise en œuvre de leurs prestations ?



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

* Les actions des professionnels et/ou bénévoles de votre association/groupement visent-elles à **renforcer l’autonomie des personnes prises en charge, dans leur vie quotidienne**?



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

* Les **actions de prévention** de votre association /groupement concourent-elles à favoriser la santé, l’insertion sociale et professionnelle des personnes accompagnées?



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

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



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

* Votre association/groupement établit-il les **partenariats** utiles notamment avec les services et établissements de santé et les services sociaux, médico-sociaux ou d’accompagnement à la formation ou à l’emploi ?



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

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

|  |
| --- |
|  |

* En quoi votre projet est-il innovant ?

|  |
| --- |
|  |

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

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

* Votre association/groupement réalise-t-il **une rencontre d’évaluation des attentes et des besoins** de la personne accompagnée et des rencontres de réévaluation?



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

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



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

* Votre association/groupement souhaite-t-il occuper la totalité des locaux ? Les locaux partiellement (décrivez vos besoins) ?

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

* Votre association /groupement est-il en capacité de présenter un planning mensuel type des activités mises en œuvre dans les locaux concernés par l’appel à projets ?



|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser pour chaque élément de la question.** **Joindre un planning mensuel type des activités, par espace.**  |  |

* Les modalités de participation de la personne accompagnée et de son entourage ainsi que leurs droits, devoirs et obligations, sont-ils précisés dans un **règlement de fonctionnement ?**



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

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



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

* L'**accueil physique, l'accueil téléphonique** **et le site internet** de votre association/groupement est-il cohérent avec l'offre de service proposé ?



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

* Votre association/groupement assure-t-il la **continuité des interventions** ? Quels sont vos **relais éventuels** ?



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

Quels seraient les délais de mise œuvre des activités ?

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

**La qualité des prestations de votre association/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 publics (comment ? avec quels moyens ? A quelle périodicité ?)



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

* Détenez-vous une certification ou un label ?



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

* Vous inscrivez vous dans un réseau départemental, régional, national, international ?



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

* Quelles sont les actions, démarches, réflexions d’ordre innovant, menées ou en cours de votre association/groupement, qui favoriseraient l’insertion sociale, professionnelle des personnes accompagnées?

|  |  |
| --- | --- |
| **Préciser la nature des projets et leur date de mise en œuvre éventuelle** |  |

**Personnels de votre association/groupement**

**Vos effectifs actuels :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total d’intervenants (personnes physiques) |  |
| ETP total |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’intervenants professionnels |  |
| Nombre d’intervenants bénévoles |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Personnels de direction(Préciser la fonction) |  |
| Décrivez succinctement leurs 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 de la CU GPS&O | Poissy | Autres communes CU GPS&O |  |  | … | … |
|  |  |  |  |  |  |

**Vos effectifs futurs si vous étiez retenu dans le cadre de l’appel à projets :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre total d’intervenants (personnes physiques) |  |
| ETP total |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’intervenants professionnels |  |
| Nombre d’intervenants bénévoles |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Personnels de direction(Préciser la fonction) |  |
| Décrivez succinctement leurs 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 de la CU GPS&O | Poissy | Autres communes CU GPS&O |  |  | … | … |
|  |  |  |  |  |  |

**Votre politique de formation**

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

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’intervenants ayant réalisé une formation au cours des 3 dernières années |  |
| Préciser les diplômes préparés) | **-** **-** **-** **-** |

**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 association/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 d’actions de prévention et/ou d’actions innovantes?



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

**Votre politique de recrutement des intervenants**

*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’articulation avec les services municipaux et les partenaires de la Ville de Poissy (CCAS, Mission Locale, Pôle emploi, Etat, Territoire d’Action Départementale Seine Aval, Caisse Primaire d’Assurance Maladie, structures associatives de quartier…?)

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

**Périmètre territorial d’intervention de votre, de vos association(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 association, votre groupement est-il défini précisément ?

* Quelle est ou quelles sont la ou les commune(s) sur le(s)quelle(s) intervient votre association, votre groupement?

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

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