

DOSSIER DE CANDIDATURE

SOUTIEN AUX MAITRES D’APPRENTISSAGE DES AIDES SOIGNANTS

EN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE ET EN ETABLISSEMENT MEDICO-SOCIAL

RATTACHE A UN ETABLISSEMENT PUBLIC DE SANTE

DOSSIER A TRANSMETTRE

PAR MAIL A : **ARS-HDF-APPRENTISSAGE@ars.sante.fr**

DATE LIMITE DE DEPOT DES DOSSIERS COMPLETS

**16 décembre 2022**

**CANDIDAT**

**Le candidat doit être un établissement public de santé, un établissement médico-social rattaché à un établissement public de santé de la région des Hauts de France.**

**Il est possible de procéder à un dépôt par l’établissement support d’un Groupement Hospitalier de Territoire dans le cas d’une dynamique intégrant des axes de mutualisation dans la mise en œuvre de l’apprentissage, plus particulièrement dans le cadre de l’accompagnement des maîtres d’apprentissage.**

**DOCUMENTS A JOINDRE**

* **Ce dossier de candidature**
* **Un CV du ou des maîtres d’apprentissage concernés**
* **Attestations d’engagement ou lettre d’intention/candidature du ou des maîtres d’apprentissage**
* **Attestation d’engagement de l’IFAS partenaire**
* **En cas de dépôt collectif via un Groupement Hospitalier de Territoire, fiche de renseignement par établissement participant sur les volets 2, voire les volets faisant l’objet de spécificités**
* **Le ou les contrats d’apprentissage signés, ou en cas de démarrage en 2023, les projets de contrats.**
* **Tout document synthétique complémentaire pouvant expliciter la dynamique de la démarche**

**VOLET 1 FICHE ETABLISSEMENT**

**Raison sociale établissement de santé :**

**N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

**N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

**N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I**

**Catégorie juridique:**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL**

**Prénom :**

**Nom :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)**

**Prénom :**

**Nom :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Courriel :**

**Nombre de maitre(s) de stage et secteurs d’intervention :**

**Le porteur est-il l’employeur direct de tous les maîtres d’apprentissage ?**: [ ] Oui [ ] Non

**Sinon, répartition par établissement participant :**

**VOLET 2 FICHE(s) MAITRE(s) D’APPRENTISSAGE**

**Remplir une fiche par maître de stage**

**IDENTIFICATION DU MAITRE D’APPRENTISSAGE**

**Prénom :**

**Nom :**

**Fonction :**

**Service ou Pôle de rattachement :**

**Ancienneté :**

Le professionnel a-t-il assuré des missions d’accompagnement de futurs aides-soignants ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, de quel type ?

Spécifier le nombre de personnes accompagnées et combien de temps :

Le professionnel a-t-il déjà été maître d’apprentissage ? **:** [ ] Oui [ ] Non

Si oui, combien de fois ? Et dans quel cadre ?

Le professionnel accompagne déjà un ou 2 apprentis : [ ] Oui [ ] Non

Si non, est-il volontaire pour l’accompagnement de 1 à 2 apprentis en 2023 ?

Le maître de stage a-t-il déjà bénéficié de formations sur son rôle ? ☐Oui ☐Non

Si oui, précisez lesquelles et quand :

**VOLET 3 : IDENTIFICATION DES PARTENAIRES DU PROJET**

Des modalités de coopérations sont-elles mises en place avec 1 ou des IFAS?[ ] Oui [ ] Non

Si oui, avec lesquels, quand et dans quel contexte ?

Un partenariat est-il déjà mis en place dans le cadre de l’apprentissage ?[ ] Oui [ ] Non

Si oui, avec qui et quelles en sont les modalités pratiques ?

L’établissement d’accueil a-t-il une connaissance suffisante de l’apprentissage ? [ ] Oui [ ] Non

Si non, quels sont ses besoins ?

L’établissement a-t-il prévu un partenariat avec un autre établissement sur son territoire dans le cadre de l’accueil d’un ou des apprentis ? [ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez l’identité du ou des partenaires de terrain :

Si oui, quelles sont ses modalités (exemple : accueil de l’apprenti, journée de prise de connaissance du partenaire et des liens au quotidien avec lui, etc.) :

**VOLET 4 : DESCRIPTION DU PROJET**

L’établissement a-t-il prévu une formation pour le ou les maîtres d’apprentissage ?

 [ ] Oui [ ] Non

Si oui, laquelle ?

L’établissement a-t-il prévu un accompagnement du ou de certains maîtres d’apprentissage? [ ] Oui [ ] Non

Si, oui, précisez ses contours :

L’établissement a-t-il prévu des temps dédiés dans l’emploi du temps du ou des maîtres d’apprentissage exclusivement aux échanges et retours d’expériences ?

 [ ] Oui [ ] Non

L’établissement a-t-il prévu du temps dédié dans l’emploi du temps entre maîtres de stage ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez :

L’établissement va-t-il organiser des temps d’échanges avec le maître de stage entre les différents partenaires accompagnant l’apprenti, notamment sur la partie enseignement ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez :

L’établissement prévoit-il d’autres activités dans le cadre du soutien du maître d’apprentissage ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, précisez :

**Observations complémentaires donnant des indications sur le degré de motivation et d’implication au projet (possibilité de joindre une synthèse de la présentation du projet à la présente fiche)**

**VOLET 5 PROFESSIONNELS MOBILISES dans la promotion de l’apprentissage et/ou dans l’accompagnement de la maîtrise de stage**

Des professionnels sont-ils en appui du ou des maîtres d’apprentissage ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, lesquels :

* En interne à la structure d’appartenance du maître de stage :
* En externe à la structure d’appartenance du ou des maîtres de stage :

D’autres actions sont-elles menées plus largement par l’établissement de santé pour promouvoir ou s’engager dans l’apprentissage ?

[ ] Oui [ ] Non

Si oui, lesquelles ?

**Volet 6 FINANCEMENT**

**Budget prévisionnel :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |
| CHARGES DIRECTES |  | RESSOURCES DIRECTES  |  |
| **60 – Achats** |  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation[2]** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS
 |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * Préfecture
 |  |
| Locations  |  | * Cohésion sociale – Jeunesse Sport
 |  |
| Entretien et réparation |  | * Agriculture
 |  |
| Assurance |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Documentation |  | Région(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | - Conseil régional … |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Département(s) :       |  |
| Frais de gestion |  | - Conseil général …  |  |
| Publicité, publication |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  |
| Déplacements, missions |  | -       |  |
| Frais postaux et téléphone |  | Commune(s) :       |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - CCAS… |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| Autres impôts et taxes |  | - Régime Local d'Assurance Maladie  |  |
| **64- Charges de personnel** |  | - CAF, CARSAT, CPAM, Mutualité… |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  | L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
|  |  | Aides privées  |  |
| **65- Autres charges de gestion courante****(à préciser)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières****(à préciser)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles****(à préciser)** |  | **76 - Produits financiers****(à préciser)** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels****(à préciser)** |  |
| **68- Dotation aux amortissements****(à préciser)** |  | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| CHARGES INDIRECTES |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  | Ressources propres |  |
| **Autres**  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |
| CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES |  |  |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 Secours en nature |  | 870 Bénévolat |  |
| 861 Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | 871 Prestations en nature |  |
| 862 Prestations |  |  |  |
| 864 Personnel bénévole |  | 875 Dons en nature |  |
| **TOTAL (total des charges + compte 86)** |  | **TOTAL (total des produits + compte 87)** |  |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |

**RAPPEL : l’ARS soutient à hauteur de 10.000€ d’aide forfaitaire par maître de stage accompagnant 1 voire 2 apprentis**

**MODE DE CALCULS UTILISÉS POUR ÉTABLIR LE BUDGET PRÉVISIONNEL**

Précisez ci-après pour chaque poste budgétaire le mode de calcul utilisé, notamment pour ce qui concerne :

* *Les frais liés au remplacement des maîtres de stage pendant leur temps dédié à ou aux apprenti(s) et ses modalités*
* *Les frais liés à la coordination et/ou l’organisation du dispositif (ex : temps dédié au suivi/coordination du ou des maître(s) d’apprentissage ; temps dédié au retour d’expérience entre maître(s) de stage et apprenti(s)*
* *Les coûts associés aux déplacements du ou des maîtres d’apprentissage (kilométrage prévisionnel (nombre de déplacements théorique X km moyen], carburant,, assurance, éventuelle location de véhicule )*
* *Les charges diverses telles que téléphone (location téléphone + forfait), fournitures de bureau, informatique…*

**Volet 7 MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE OPÉRATIONNELLES ET CALENDRIER PREVISIONNEL**

**Décrivez les différents jalons du projet :**

**VOLET 8 SUIVI/EVALUATION**

**Décrivez les démarches/critères prévus permettant le suivi voire l’évaluation du soutien au(x) maitres d’apprentissage :**

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), *(Prénom Nom)* ………………………………………………………………………………………………………..

Représentant(e) légal(e) de la structure …………………………………………………………………………………………… :

* S’engage à mettre en œuvre le projet conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
* S’engage à participer aux temps d’échanges proposés
* Demande une subvention de : ………… €

Fait le : ……………………………………………………………

À : …………………………………………………………………..

 **Signature de l’établissement**