|  |
| --- |
| **HABITAT INCLUSIF 2022-2029 – AIDE A LA VIE PARTAGEE**  **FORMULAIRE DE CANDIDATURE** |

**LE PROJET**

**NOM DU PORTEUR DE PROJET :**

**NOM DU PROJET D’HABITAT INCLUSIF :**

**PHASE DU PROJET**  En réflexion  En conception  En construction  Opérationnel

**IMPLANTATION DU PROJET** :

Adresse connue :

Terrain non identifié mais ville pressentie :

**NOMBRE TOTAL D’HABITANTS :**

**DATE D’ENTREE DU PREMIER HABITANT** (effective ou prévisionnelle) :

**PERCEVEZ-VOUS DEJA LE FORFAIT HABITAT INCLUSIF POUR CE PROJET :**

Oui  Non

**MONTANT ESTIME DE l’AIDE A LA VIE PARTAGEE**(au regard du projet de vie sociale et partagée) **: €**

**LES HABITANTS**

**LES HABITANTS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Caractéristiques (**spécificités, types de handicap, besoins, habitants se connaissant déjà, parcours …) |
| **Personnes âgées de 65 ans et plus** |  |  |
| **Personnes en situation de handicap** |  |  |
| **Autre(s) public(s)**  **(hors cadre de financement de l’AVP) :** |  |  |

**Modalités concrètes d’association des habitants à la conception du lieu**

|  |
| --- |
|  |

**Modalités concrètes d’association des habitants à l’élaboration du projet de vie sociale et partagée**

|  |
| --- |
|  |

**LA FORME DE L’HABITAT**

**PROGRAMME IMMOBILIER :**

**Nature du programme immobilier :**

Construction neuve  Acquisition-amélioration  Habitat déjà adapté

**Conventionnement du ou des logement(s) :**

Logement locatif social  Logement privé  Logement privé conventionné ANAH

**CARACTERISTISQUES DES LOGEMENTS :**

**Quelle forme souhaitez-vous donner à votre projet d’habitat inclusif ?**

Un ou des logements en colocation  Un ensemble de logements regroupés

**En cas de logements regroupés, comment s’effectuera le regroupement ?**

À l’échelle d’un bâtiment  À l’échelle d’un îlot (groupe d’immeubles, de maisons)

**Logements  individuels:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Typologie | Nombre | Observations |
| T1 |  |  |
| T2 |  |  |
| T3 |  |  |
| T4 |  |  |

**Les logements seront-ils meublés ?**  Oui  Non

**Espaces communs (obligatoires)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nature | Utilisation |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**STATUTS DES HABITANTS** :  Locataires  Sous-locataires

**En cas de sous-location, disposez-vous d’un agrément d’intermédiation locative :**  Oui Non

**Complément d’informations**

|  |
| --- |
|  |

**Si le lieu d’implantation n’a pas encore été identifié, décrivez la méthodologie prévue ou mise en place pour une identifier une opportunité de développement** *(veille, prise de contacts, sensibilisation, partenariats)*

|  |
| --- |
|  |

**BESOIN D’AIDE A L’INVESTISSEMENT**

**Montant des investissements à prévoir**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Autofinancement | € |  |
| Financeur : *le nommer* | € | obtenu  sollicité  envisagé |
| Financeur : *le nommer* | € | obtenu  sollicité  envisagé |
| Financeur : *le nommer* | € | obtenu  sollicité  envisagé |
| Besoin restant non financé à ce jour | € |  |
| Montant total | € |  |

**Ces investissements sont-ils :**

un pré-requis à la création de l’habitat inclusif

une amélioration envisagée de l’habitat inclusif pouvant être différée.

autre :

**Descriptif des investissements à prévoir  (nature, temporalité, finalité…)**

|  |
| --- |
|  |

**MODELE ECONOMIQUE**

**Joindre le montage financier du projet**

**Etat du projet financier** : ⬜ Budget finalisé ⬜ en recherche de financement

**Montant de l’aide à la vie partagée sollicité :**

**Précisez l’estimation moyenne des éléments** (loyers, charges, redevance) **facturés au locataire** *:* €/mois *(à préciser si besoin dans le plan de financement)*

**Complément d’informations sur le modèle économique :**

|  |
| --- |
|  |

**LE PROJET DE VIE SOCIALE ET PARTAGEE ET L’ANCRAGE TERRITORIAL**

**Environnement :**  en milieu urbain  en centre-bourg  en zone rurale (hors centre-bourg)

**Offre locale :**

|  |  |
| --- | --- |
| services/équipements à moins de 500m |  |
| services/équipements à moins d’1km |  |
| commodités de transport adapté au public |  |

**Le projet d’habitat inclusif est-il situé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville ?**

Oui (nom du quartier :  Non

**Précisez l’état d’avancement de la rédaction du projet de vie sociale et partagée** :

Non débuté  En cours  Terminé (le cas échéant, l’annexer au formulaire)

**Décrivez la méthodologie envisagée ou déjà appliquée pour la rédaction de ce projet**

|  |
| --- |
|  |

**Rôle de la personne morale chargée de la mise en œuvre du projet de vie sociale et partagée vis-à-vis des habitants et en fonction de leurs spécificités**

|  |
| --- |
|  |

**Précisez le nombre d’ETP prévu pour l’animation du projet** : ETP

Soit : ETP/logement

Soit : ETP/personne accompagnée

**Ressources humaines envisagées pour animer ce projet de vie sociale** *(nombre d’intervenants, profil du ou des intervenants, temps de présence sur site envisagé, temps de coordination dédié au projet, structure employeuse des intervenants)*

|  |
| --- |
|  |

**Un partenariat avec un ou des services médico-sociaux (notamment SAAD ou SSIAD) a-t-il été prévu ?**

Oui, une convention est signée avec :

Oui, une prise de contact a été prise avec :

Non

**Décrivez les principales interventions autour de la personne prévue ou envisagée pour soutenir l’autonomie** *(éventuel partenariat, modalités de mise en commun, rôle d’une éventuelle mise en commun de prestatations, actions de prévention, coordination des intervenants, domotique et aides techniques….)*

|  |
| --- |
|  |

**Partenaires déjà impliqués dans le projet (liste et niveau d’implication)**

|  |
| --- |
|  |

**Partenaires sollicités (liste et niveau d’implication attendu)**

|  |
| --- |
|  |

**Composition du comité de pilotage**

|  |
| --- |
|  |

**CALENDRIER PREVISIONNEL (pour les projets où les habitants ne sont pas encore installés)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Lot n°** | **Intitulé de l’étape** | **Résultats en fin d'étape : livrables, productions, modalités de validation** | **Date de début** | **Date de  fin** |
| 1 |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |
| 5 |  |  |  |  |
| 6 |  |  |  |  |
| 7 |  |  |  |  |
| 8 |  |  |  |  |
| 9 |  |  |  |  |
| 10 |  |  |  |  |
| 11 |  |  |  |  |
| 12 |  |  |  |  |

**METHODOLOGIE D’EVALUATION (pour tous les projets)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs retenus** | **Méthodologie (questionnaire, observation, grille de mesure d’impact…)** | **Moment(s) de l’évaluation dans la conduite du projet** | **Diffusion des résultats, communication…** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**CONTACTS**

**ORGANISME PORTEUR** *:*

NOM :

ADRESSE :

STATUT JURIDIQUE :

SIRET :

Avez-vous déjà porté un projet d’habitat inclusif ?

Oui (commune : public : )

Non

**REPRESENTANT LEGAL***:*

NOM ET PRENOM :

FONCTION :

MAIL :

TELEPHONE :

**COORDONNATEUR DU PROJET – si différent du représentant légal***:*

NOM ET PRENOM :

FONCTION :

MAIL :

TELEPHONE :

**SIGNATURES**

Je m’engage à joindre à ce dossier dument complété :

Le montage financier du projet.

Le pouvoir donné au signataire si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal.

Un relevé d’identité bancaire.

Un relevé SIRET.

Statuts régulièrement déclarés (en cas de renouvellement d’une demande de subvention seulement s’ils ont été modifiés depuis le dépôt de la 1ère demande).

Liste des personnes chargées de l’administration de l’association régulièrement déclarée (en cas de renouvellement d’une demande de subvention seulement s’ils ont été modifiés depuis le dépôt de la 1ère demande).

Le rapport d’activités approuvé du dernier exercice clos.

Les comptes annuels approuvés du dernier exercice clos et le(s) rapport(s) du commissaire aux comptes (pour les associations qui en ont un) ou la référence de cette publication au journal internet JO.

Je soussigné(e), *nom et prénom, représentant(e) légal(e) de la structure*

• certifie que *type de structure (ex : association)* est en règle au regard de l’ensemble des déclarations administratives, sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

• certifie exactes et sincères les informations du présent dossier,

Fait, le à

Signature

(Préciser le nom et la qualité du signataire)