|  |
| --- |
| **APPEL À CANDIDATURE POUR DES HABITATS INCLUSIFS****FORMULAIRE DE CANDIDATURE** |

*À remplir par le porteur de projet. Veillez à être succinct et à vous appuyer sur le nombre de lignes maximales indiqué pour chaque rubrique. Le document ne peut pas excéder les 7 pages.*

**LE PORTEUR DE PROJET**

**ORGANISME PORTEUR** *(à compléter)* :

NOM :

ADRESSE :

STATUT JURIDIQUE :

SIRET :

**COORDINATEUR·ICE DU PROJET** *(à compléter)* :

|  |
| --- |
| NOM : PRENOM :MAIL : TELEPHONE :FONCTION : |

**IMPLANTATION DU PROJET** :

Le lieu d’implantation du projet d’habitat inclusif a-t-il été identifié ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez l’adresse *(à compléter)* :

**LE PUBLIC CIBLE**

À quel type de public s’adresse votre projet d’habitat inclusif ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Personnes âgées [ ]  Personnes en situation de handicap [ ]  Les deux

**Précisez quelques caractéristiques du public attendu ou souhaité** (Nombre de personnes, catégories d’âge, niveau d’autonomie général, éventuels adhérents d’une caisse de retraite, membres d’une association ou actuels usagers d’un établissement ou service médico-social) *(5 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**LA FORME DE L’HABITAT**

Quelle forme souhaitez-vous donner à votre projet d’habitat inclusif ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Un ou des logements en colocation [ ]  Un ensemble de logements regroupés

En cas de logements regroupés, comment s’effectuera le regroupement ? *(Cochez la mention)*

[ ]  À l’échelle d’un bâtiment [ ]  À l’échelle d’un îlot (groupe d’immeubles)

**Précisez certains détails concernant la dimension architecturale et technique de l’habitat** *(disposition des chambres ou des logements, implantation et aménagement de l’espace de vie partagée, accessibilité des espaces communs, adaptation à la perte d’autonomie, équipements et domotique)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**LE MONTAGE OPERATIONNEL**

**PROGRAMME IMMOBILIER :**

Nature du programme immobilier : *(Cochez la mention)*

[ ]  Construction neuve [ ]  Destruction-reconstruction [ ]  Réhabilitation [ ]  Programme existant

Conventionnement du ou des logement(s) : *(Cochez la ou les mentions)*

[ ]  Logement locatif social [ ]  Logement privé

En cas d’implantation dans le parc social, les logements bénéficieront-ils d’un agrément « adaptation de la société au vieillissement » : *(Cochez la mention)*

[ ]  Agrément obtenu [ ]  Demande prévue ou en cours [ ]  Demande non prévue

**CARACTERISTISQUES DES LOGEMENTS :**

Nombre de logements selon leur typologie (ex : 1 T4, 2 T2, etc.) *(à compléter)* :

Les logements seront-ils meublés ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

**STATUTS DES HABITANTS** :

Les habitants seront-ils : *(Cochez la mention)*

[ ]  Locataires [ ]  Sous-locataires

En cas de sous-location, disposez-vous d’un agrément d’intermédiation locative : *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

**Décrivez les principales caractéristiques du montage opérationnel** *(identification du foncier, intégration à un programme immobilier, transformation d’un habitat ou d’une structure existante)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**ONTAGE OPERATIONNEL LE MONTAGE OPERATIONNEL**

**L’ANCRAGE TERRITORIAL**

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

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez le nom du quartier *(à compléter)* :

**Décrivez l’insertion du projet dans la vie de quartier** *(situation géographique, caractéristiques du quartier, services et commerces à disposition, ressources et acteurs médico-sociaux, desserte des transports, inscription éventuelle dans un projet de renouvellement urbain)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Décrivez les modalités d’association des habitants à la conception du lieu prévues ou réalisées** *(diagnostic préalable, design participatif, réunion publique, porte à porte ou boîtage)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**LE PROJET DE VIE SOCIALE**

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

[ ]  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** *(5 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Décrivez les principales missions prévues de la part de la personne morale chargée du projet de vie partagée vis-à-vis de l’habitant** *(philosophie du projet, activités envisagées, liens avec l’extérieur, coordination des professionnels, organisation de la vie quotidienne, partage des espaces communs, régulation du vivre-ensemble)* *(15 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|   |

Précisez le nombre d’ETP prévu pour l’animation du projet *(à compléter)* : ETP

 Soit *(à compléter)* : ETP/logement

 Soit *(à compléter)* : ETP/personne accompagnée

**Décrivez les ressources humaines envisagées pour animer ce projet de vie partagée** *(nombre d’intervenants, profil du ou des intervenants, temps de présence sur site envisagé, temps de coordination dédié au projet, structure employeuse des intervenants)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

Quelle est la demande de soutien formulée au Département au titre de l’aide à la vie partagée ?

* Montant global demandé *(à compléter)* :
* Soit, par personne *(à compléter)* :

**LE SOUTIEN DANS L’AUTONOMIE**

Est-il prévu de mutualiser des prestations d’aides à la personne par la mise en commun de tout ou partie de l’APA ou de la PCH ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

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

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez le nom du service *(à compléter)* :

**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 mutualisation éventuelle, actions de prévention, coordination des intervenants)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**CALENDRIER DE REALISATION**

L’habitat est-il opérationnel et prêt à accueillir ses usagers ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, quel est la date prévisionnelle de livraison *(à compléter)* :

**Décrivez les principales étapes du calendrier de réalisation** *(tâches réalisées, prochains objectifs, partenariats formalisées et envisagées)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

Avez-vous déjà monté un projet d’habitat inclusif sur un autre territoire ? *(Cochez la mention)*

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, précisez le territoire et le partenaire principal *(à compléter)* :

**MODELE ECONOMIQUE**

Précisez l’estimation moyenne des éléments (loyers, charges, redevance) facturés au locataire *(à compléter)* : €/mois

**Décrivez les autres recettes prévues participant au bon équilibre du modèle économique** *(aides complémentaires, montant, organismes financeurs)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |