|  |
| --- |
| **SOUTIEN AU DEVELOPPEMENT DES HABITATS INCLUSIFS**  **APPEL A PROJETS 2024**  **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.*

**NATURE DE LA DEMANDE** :

Quel type de soutien souhaitez-vous recevoir de la part du Département ? *(Cochez la ou les mention(s))*

Aide à l’ingénierie  Aide à l’investissement

**LE PORTEUR DE PROJET**

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

NOM :

ADRESSE :

STATUT JURIDIQUE :

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

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

**INTITULE DU PROJET** *(à compléter)***:**

|  |
| --- |
|  |

**RESUME DU PROJET**

**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)* :

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

**PUBLIC CIBLE :**

Qui seront les bénéficiaires de l’Aide à la Vie Partagée ?

Nombre de personnes de + de 65 ans *(à compléter)* :

Nombre de personnes en situation de handicap *(à compléter)* :

**RESUME DU PROJET** (*forme de l’habitat ; caractéristiques du public souhaité / attendu…)**(5 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)* :

**ORIGINE ET CONTEXTE DU PROJET**

**Décrivez l’origine et le contexte du projet** (acteurs impliqués, besoins identifiés, partenariats éventuels) *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**PROGRAMME IMMOBILIER :**

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

Construction neuve  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 «article 20 de la loi adaptation de la société au vieillissement » : *(Cochez la mention)*

Agrément obtenu  Demande prévue ou en cours  Demande non prévue

**CARACTERISTIQUES DES LOGEMENTS :**

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

**Présentez la forme de l’habitat** *(disposition des chambres ou des logements, implantation et aménagement de l’espace de vie partagée, accessibilité des espaces communs, intégration au sein d’un ensemble plus large, adaptation à la perte d’autonomie)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**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)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**STATUT 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

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

**MISE EN ŒUVRE DU PROJET**

**Décrivez les étapes prévues de mise en œuvre du projet** (phase d’ingénierie, modalités d’association des habitants à la conception du lieu, démarrage du projet de vie partagée…) *(15 lignes maximum)*

|  |
| --- |
|  |

**PROJET DE VIE PARTAGEE :**

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

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

Précisez le nombre d’ETP prévu pour **l’animation** de l’habitat *(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)* :

|  |
| --- |
|  |

**SOUTIEN DANS L’AUTONOMIE :**

Est-il prévu de mutualiser des prestations d’aide 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)* :

**OBJECTIFS ET RESULTATS ATTENDUS DU PROJET**

**Décrivez les objectifs et résultats attendus du projet** *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**RESTITUTIONS OU ACTIONS DE COMMUNICATION PREVUES**

**Décrivez les restitutions ou actions de communication prévues** *(lors de la phase d’identification des futurs habitants, auprès des voisins…)* *(5 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**CALENDRIER DE REALISATION**

**DATE OU PERIODE DE REALISATION PREVUE***(date prévisionnelle d’ouverture de l’habitat inclusif)***: …/…/…**

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

|  |
| --- |
|  |

**SOUTIEN FINANCIER**

Quelle est la demande de **soutien en ingénierie** formulée au Département ? *(à compléter)* : €

**Précisez pour quels types de dépenses d’ingénierie et le montant** **nécessaire** (*valorisation d’un poste existant, embauche, recours à un prestataire externe…*)  *(15 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

Quelle est la demande de **soutien en investissement** formulée au Département ? *(à compléter)* : €

**Précisez pour quels types de dépenses en investissement et le montant** **nécessaire** (*acquisition, construction, réhabilitation, adaptation, équipement mobilier ; pour les logements et/ou les espaces communs*) *(15 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

*Note : un plan de financement prévisionnel, comprenant le détail des subventions demandées en investissement (avec devis) ou en ingénierie sera joint au dossier de candidature.*

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

|  |
| --- |
|  |

Une fois complété, ce formulaire de demande sera à joindre au même titre que les autres pièces jointes à la fin de votre démarche sur la [plateforme de dépôt des demandes de subvention du Département de Seine-Saint-Denis](https://seinesaintdenis.fr/Nouvelle-plateforme-de-depot-des-demandes-de-subvention).

Pour une demande de soutien en ingénierie : sélectionnez la rubrique **« Habitat inclusif FCT »**

Pour une demande de soutien en investissement : sélectionnez la rubrique **« Habitat inclusif INV »**

*Si vous souhaitez faire une demande de soutien en ingénierie et en investissement pour le même projet, vous pouvez déposer* ***le même formulaire de demande dans les deux rubriques****.*

**Date limite de dépôt de demande : 17 mai 2024**

Toute demande d’information complémentaire peut être adressée à : [**habitatinclusif@seinesaintdenis.fr**](mailto:tierslieuxautonomie@seinesaintdenis.fr)

**avarvoux@seinesaintdenis.fr**