**Dossier de candidature**

**Appel à manifestation d’intérêts (AMI)**

**Création d’un DISPOSITIF INNOVANT à destination des jeunes sous amendement CRETON**

***Porteur du projet :***

***Territoire couvert :***

1. **Etablissement support**
	1. **Identification de l’établissement ou service**

|  |
| --- |
| **Présentation du porteur** |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Nom, fonction et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur :*

### Présentation des activités de l’établissement (ou service) support du projet :

*Donner en particulier toutes les indications utiles sur la dernière autorisation de l’établissement ou service support : capacité, modalités d’accompagnement, …*

1. **Description du projet**

*Décrire le projet, les motivations, les modalités d’élaboration du projet notamment avec les partenaires du territoire., les modalités de fonctionnement et d’articulation de l’équipe mobile, de l’accueil séquentiel (semi- internat et internat), et de l’accompagnement en SESSAD PRO, description du parcours du jeune (de préférence sous forme de logigramme)…*

1. **Organisation et fonctionnement**
2. **Modalités de fonctionnement du dispositif innovant**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Expérience de l’établissement*** *(accompagnement des jeunes adultes et/ou jeunes sous amendement CRETON)* |  |
| ***Description des modalités de mise en œuvre (phase 1 et phase 2)***  |  |
| ***Présentation de l’équipe d’intervenants (équipe mobile, accueil séquentiel -semi-internat et internat, SESSAD PRO) :*** * *Description de l’équipe*
* *Formation des personnels et formation continue*
* *Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS*
* *Adéquation de la composition de l’équipe avec le projet (profils, expérience dans la prise en charge des personnes.)*
* *Modalités de gouvernance*
 |  |
| ***Commission de gestion des listes d’attente*** |  |
| ***Partenariats formalisés et envisagés*** *(joindre les conventions de fonctionnement et/ ou les lettres d’intentions)* |  |
| ***Description des modalités de partenariats (service public de l’emploi, SESSAD PRO, MDPH, autre ESMS adulte ou enfant…)*** |  |
| ***Articulation avec l’offre existante (enfant et adulte, service public de l’emploi, plateforme d’emploi accompagnée…*** |  |
| ***Actions de supervision envisagées*** |  |
| ***Modalités d’organisation*** *(locaux, transport, restauration…)* |  |
| ***Comitologie/ Gouvernance (fréquence, liste des membres…)*** |  |
| ***Modalités de participation à la gouvernance des associations de personnes ou de familles concernées*** *(niveau d’implication aux instances de gouvernance)* |  |
| ***Description de la stratégie de communication*** *(avec calendrier)* |  |
| ***Outils utilisés*** |  |
| ***Modalités de suivi et d’évaluation*** *(critères et indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs)* |  |
| *Autre*  |  |

1. **Le financement**

*Expliciter les modalités d’utilisation de l’enveloppe dédiée (budget prévisionnel à mettre en annexe sous format excel)*

1. **Modalités de mise en œuvre opérationnelles et calendrier prévisionnel**

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer et le calendrier de démarrage envisagé avec ses différentes étapes.*

1. **Modalités de suivi et d’évaluation du projet (indicateurs, et calendrier)**