|  |
| --- |
| **Annexe du cahier des charges national** |
| **Dossier candidature** **Expérimentation Contrat à durée déterminée « Tremplin »****au titre de l’année** [ ]  **2018** [ ]   **2019** |

|  |
| --- |
| **ENTREPRISE ADAPTEE CANDIDATE: [……………………………………………………………]** |
| **L’ORGANISME GESTIONNAIRE (le cas échéant)**- **Forme juridique :****- SIRET :****- Adresse du siège social :****- Nom de la personne responsable :***(Mandataire social : président de l’association, gérant de la SARL, président de la SA ou de la SAS, …)* |

**Dossier à retourner par courriel et/ou voie postale à**

|  |
| --- |
| **DIRECCTE […]****Courriel : […]@direccte.gouv.fr** |

## Renseignements administratifs du gestionnaire

## Identification de la structure gestionnaire

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom de la structure :

Numéro SIRET : ……………………………………………………………………………………………

Numéro SIREN : …………………………………………………………………………………………….

Statut juridique (association, reconnue d’intérêt publique, société…) :…………………………………

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Adresse de son siège social :

Code postal du siège :

Commune :

Adresse mail de la structure :

Adresse site internet :

Téléphone :

Télécopie (fax) :

## Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts)

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel (mail) :

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

## Votre structure est :

***(Situation organisme gestionnaire)***

## Description du projet […] (se reporter au cahier des charges)

**(Compléter les informations suivantes)**

## [….]

## Personnes visées par le projet

## Préciser le public visé par le projet

* + 1. *Préciser le nombre prévisionnel de recrutements*

*(Compléter ci-dessous, Texte libre)*

## Préciser les modalités de coopération avec le service public de l’emploi et le cas échéant, d’autres partenaires notamment d’autres employeurs,

## **(Compléter ci-dessous, Texte libre)**

## Emplois supports du projet

***Préciser le ou les activités et les emplois types qui seront associés au CDD « Tremplin »***

 ***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Description des moyens d’accompagnement

## Objectifs et modalités de l’accompagnement

La détermination du projet professionnel et l’aide à sa réalisation (en tenant compte de ses capacités et de ses besoins)

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

- L’assistance du bénéficiaire dans sa recherche d’emploi;

 ***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Objectifs et modalités de l’encadrement professionnel

- L’accompagnement dans l’emploi afin de sécuriser le parcours professionnel

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Moyens mobilisés pour la mise en œuvre du projet d’expérimentation

Il est demandé de détailler ici tous les moyens qui participeront à l’activité d’accompagnement des salariés en CDD « Tremplin ».

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Fonction** | **Type de contrat** *(CDD, CDI,)* | **En ETP annuel***(1 ETP = 1.820 H annuelles**yc congés payés)* |
| **Gestion – Administration :** |
| **Nom 1 ….** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Accompagnement social professionnel et formation :** |
| **Nom 1 ….** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Encadrement technique :** |
| **Nom 1 ….** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | **TOTAL ETP****Salariés permanents** |  |

* ***Décrire l’organisation prévue pour l’accompagnement du travailleur handicapé en CDD « Tremplin »***

## Calendrier du projet (2018- 2019)

***(Compléter ci-dessous, Texte libre)***

## Montant de l’aide financière sollicitée au titre du projet d’expérimentation

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Demande année N\**** | ***Demande N+ 1*** | ***Demande N+ 2*** |
|  |  |  |

* ***Se référer au montant de l’aide fixé pour l’année 2018-2019 par l’arrêté (dans l’attente de l’arrêté se conférer au cahier des charges) cf. c***
* ***Préciser le calcul***

## Budget du projet

Merci de remplir et joindre au présent dossier de demande le budget prévisionnel annuel exclusivement attaché au projet de réponse à l’expérimentation.

**COMPTE DE RESULTAT PREVISIONNEL TRIENNAL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **ANNEES** |  |  |  |
| **CHIFFRE D’AFFAIRE HORS TAXE** |  |  |  |
| VARIATION STOCKS |  |  |  |
| **PRODUCTION** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ACHATS |  |  |  |
| VARIATION STOCKS |  |  |  |
| CONSOMMATIONS |  |  |  |
| **MARGE BRUTE** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| AUTRES ACHATS ET CHARGES EXTERNES |  |  |  |
| dont : |  |  |  |
| - CREDIT BAIL MOBILIER |  |  |  |
| - CREDIT BAIL IMMOBILIER |  |  |  |
| - PERSONNEL EXTERIEUR |  |  |  |
| - SOUS TRAITANCE |  |  |  |
| - LOYER IMMOBILIER |  |  |  |
| **VALEUR AJOUTEE** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| SUBVENTION (1) |  |  |  |
| IMPOTS |  |  |  |
| FRAIS PERSONNEL |  |  |  |
| **EXCEDENT BRUT D’EXPLOITATION** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| AMORTISSEMENTS |  |  |  |
| PROVISIONS |  |  |  |
| **RESULTAT D’EXPLOITATION** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| PRODUITS FINANCIERS |  |  |  |
| CHARGES FINANCIERES |  |  |  |
| **RESULTAT COURANT** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| PRODUITS EXCEPTIONNELS |  |  |  |
| CHARGES EXCEPTIONNELLES |  |  |  |
| IMPOTS SOCIETES |  |  |  |
| **RESULTAT NET** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **CAPACITE AUTOFINANCEMENT** |  |  |  |