**Annexe 2 :**

**Dossier type dedccandidaturecandidature**

**Création d’un centre ressource « vie intime, affective, sexuelle et de soutien à la parentalité des personnes en situation de handicap » en Bretagne**

**2021**

1. **Identification du porteur**

Nom de la structure ou du porteur:

Statut (association, fondation, société, etc…) :

Date de création :

Le cas échéant, reconnaissance d’utilité publique :

N° FINESS géographique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Adresse : .................................................................................................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ................................................................

Téléphone : ......................................................... Télécopie : ................................................................

Courriel : ................................................................................................................................................

Adresse de correspondance, si différente : ..............................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ..................................................................

1. **Identification du représentant légal (Président du Conseil de surveillance ou d’Administration)**

Nom : .................................................................. Prénom : ...................................................................

Fonction : ...............................................................................................................................................

Téléphone : ......................................................... Courriel : ...................................................................

1. **Identification de la personne chargée du présent dossier** (si différente du

Représentant légal)

Nom : .................................................................. Prénom : ....................................................................

Fonction : ................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………… Courriel :…………………………………………….…………

1. **Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet**

* Contexte ayant conduit à l’expression du besoin
* Eléments déclencheurs qui ont permis d’aboutir à la construction du projet)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Compétence dans le domaine du Handicap et/ou la sexualité et/ou du soutien à la parentalité**

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………

1. **Le projet et les prestations proposées**

* Organisation mise en place permettant de mesurer comment le projet répond aux besoins du public et aux objectifs et missions attendues dans le cahier des charges (objectifs poursuivis, méthode, définition des étapes et conditions de réalisations)
* Etat descriptif des principales caractéristiques du projet
* Outils de communication envisagés pour communiquer avec les personnes en situation de handicap

1. **Partenariats envisagés :**

* Description des partenariats : coopérations avec les acteurs du territoire notamment les associations représentant les personnes en situation de handicap et leur famille, les établissements et services médico-sociaux (ESMS), les associations de défense des droits des femmes et lesbiennes gays bi trans intersexués (LGBTI), les espaces de vie affective, relationnelle et sexuelle (EVARS), les réseaux d’écoute et d’appui
* Dans le cas ou plusieurs personnes physiques ou morales gestionnaires s’associent pour proposer un projet, un état descriptif des modalités de coopérations envisagées est transmis, accompagné de convention de partenariat ou de lettres d’engagement

1. **Localisation envisagée :**

* Localisation du centre ressource incluant un état descriptif des locaux d’implantation envisagés : surfaces et accessibilité, y compris en transports en commun, le descriptif des surfaces par nature de locaux, l’accessibilité,

1. **Personnel :**

* Organigramme et composition de l’équipe du dispositif (personnel, coordonnateur, intervenants extérieurs) par type de qualification, les formations suivies et/ou programmées
* Organisation du temps de travail des personnels- l’amplitude horaire d’ouverture sur la semaine et l’année du dispositif
* Total du personnel en ETP :

1. **Calendrier de mise en œuvre**

Date de démarrage de l’action et rétro-planning (identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité)

1. **Financement :**

* Budget en année pleine de l’établissement ou du service pour sa première année de fonctionnement conformément au cadre règlementaire, dans le respect de l’enveloppe maximale de 55 000 € annuel
  + Fonctionnement :
  + Investissement
  + Montant annuel total :