|  |  |
| --- | --- |
| **Département du porteur de projet** |  |
| **Dossier N°** |  |
| **Montant attribué** |  |
| **Ref. Apv Web** |  |

****

**Programme Vacances Et Insertion 2020**

|  |
| --- |
| Dossier d’attribution de chèques vacances**Vacances Insertion Jeunes/adultes/Seniors****hors départ famille** |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Séjour | * Jeune (de 16 à 24 ans)
 | * Individuel
 |
| * Adultes (de 25 à 59 ans)
* Séniors (à partir de 60 ans)
 | * En Groupe
 |

**Nom, Prénom du bénéficiaire** : ……………………………………………………………..……..........………...........................

**Code Postal :** …………………...........…………… **Ville** : …………………………………..……………………………………..………….

**Tél :** ..…………………………………................. **Mel**. (Maj. SVP).……………………………………………….............................

**Si le bénéficiaire n’est pas majeur, renseignements concernant le responsable légal :**

**Nom, Prénom : ............................................................................................................................................**

**Adresse (si différente) : ………………………….............................................................................................…….**

**……………………..............................................................................................................................................**

**Fonction : ………………………………………...........................................................................................................**

**Tél. : …………………………….......................… Mel (Maj. SVP)  : …..............………………………………………………………**

**Nom, Prénom du délégué départemental ou du correspondant départemental de Solidarité Laïque :** ........................................................................................................................................................................

**Adresse** …………………………..............................……...........................................................................................

**Code postal :** ……………………..........……… **Ville :** ……......................................……………………………….…...............

**Tél :** ...…………………………………...................... **Fax :** ……………………..................…........……………………..……………..

**Mel**. (Maj. SVP)**:** ……………………………............................................................................................…..………......

**Montant des chèques-vacances sollicité (multiple de 20 euros)** :..…….........……...........….........……….…………

**Date :** **Signature :**

**CALENDRIER DES COMMISSIONS 2020**

**Dossier à envoyer à Solidarité Laïque 15 jours AVANT LA DATE DE LA REUNION DE LA COMMISSION D’ATTRIBUTION**

**15 juin - 29 juin 6 juillet - 20 juillet - 27 juillet 21 septembre**

**ATTENTION : CORONAVIRUS**

**Le virus est toujours présent et dangereux. Merci d’être vigilant à votre sécurité et à celle de ceux qui vous entourent.**



**Avant mon départ , je me suis assuré.e**

* **que le département de mon lieu de vacances est en zone verte**
* **des dispositions proposées par mon assurance dans l'éventualité**
	+ **de la contamination d'un ou plusieurs bénéficiaire(s) de ce séjour qui nécessiterai(en)t d'être rapatrié(s) au domicile,**
	+ **de l'annulation totale ou partielle de mon séjour en raison d'apparition de foyer de contamination et/ou d'un reconfinement local, régional ou national.**

**Solidarité Laïque ne pourra en aucun cas être sollicité en cas de rapatriement, d'hospitalisation, ou d'annulation du séjour en raison du Coronavirus.**

Tout au long de mon séjour, **je m’engage à respecter les gestes barrières ainsi que les consignes sanitaires demandées sur mon lieu de séjour.**

**En cas d’annulation du séjour** (de mon fait ou du fait du prestataire), je m’engage à retourner en **Lettre Recommandée avec Accusé de Réception**, les chèques vacances attribués pour ce séjour par Solidarité Laïque à :

SOLIDARITE LAIQUE – Programme VEI-, 22 Rue Corvisart, 75013 PARIS

En signant ce dossier en dernière page, **je m’engage à respecter toutes les consignes indiquées au cours de mon séjour.**

**Préparation**

**La personne référente qui accompagne le bénéficiaire dans la préparation de ce projet est-elle ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Un salarié de la structure
 | * Un bénévole de la structure
 |

**Objectifs visés au travers de la réalisation de ce projet de vacances :(plusieurs choix possibles)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Accéder aux vacances
 | * Equilibre
 | * Bien-être
 |
| * Epanouissement
 | * Découverte
 | * Renforcement des liens sociaux
 |
| * Renforcement des liens familiaux
 | * Contenu éducatif
 | * Valorisation
 |
| * Estime de soi
 | * Santé
 | * Acquisition de savoir-faire
 |
| * Répit pour les aidants
 | * Autre (précisez)……………………………………………………………………………..
 |

**Nombre de séances de préparation pour ce projet :** …………………… séances

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Collective
 | * Individuelle
 | * Les deux
 | * NSP
 |

**Modalités de préparation pour ce projet :**

**Descriptif et objectifs du projet vacances** **(A détailler si besoin sur papier libre)** :

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

#### **Motifs de la demande** **(A détailler si besoin sur papier libre)**:

*(Types d’aides demandées : aide au transport, aide au séjour, aide à l’accompagnement… A quoi vont servir les Chèques-Vacances demandés ?).*

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

**Séjour**

**Durée du séjour**:………………… jours ***(pour rappel de 2 à 14 jours maximum)***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Mer
 | * Montagne
 | * Campagne
 | * Ville
 | * NSP
 |

**Lieu du séjour *(un seul lieu possible)***

**Pays du séjour ……………………..**……………………………………….***(les séjours hors Union Européenne ne sont pas autorisés)*:**

|  |
| --- |
| * **Je me suis assuré(e) que le département est en** **zone verte**
 |

**Département du séjour :** …………………………………………………

**Mois du séjour :** …………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| * Pendant les vacances scolaires
 | * Hors vacances scolaires
 |

**Le séjour se déroule-t-il ?**

**Mode de transport utilisé pour se rendre sur le lieu de séjour (*plusieurs modes possibles*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Train
 | * Voiture
 | * Autocar
 |
| * Minibus
 | * VSL (Véhicule Sanitaire Léger)
 | * Avion
 |
| * Autres (précisez) : ………………………………….………………………………….………
 |  |

**Moyen de déplacement utilisé pendant les séjours : (*plusieurs moyens possibles*)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Transports collectifs (bus, tramway, métro, train)
 | * Voiture
 | * Autocar
 |
| * Minibus
 | * Modes de déplacement doux (marche à pied, vélo)
 | * VSL (Véhicule Sanitaire Léger)
 |
| * Autres (précisez)………………………………………………….…………………….
 | * NSP
 |

**Distance parcourue entre le lieu d’habitation et le lieu du séjour :**………………………………………… kms

**Type d’hébergement (principal, si voyage itinérant) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Village de Vacances – maison familiale
 | * Camping (tente, bungalow, mobil-home…)
 | * Hôtel
 |
| * Hébergement non-marchand, chez des parents ou amis
 | * Maison d’accueil (chez l’habitant)
 | * Colonies de vacances
 |
| * Gîte rural – chambres d’hôtes – location
 | * Auberge de jeunesse / CIS (Centres Internationaux de Séjour)
 | * NSP
 |
| * Autre (précisez) ………………………………….………………………………….
 |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Pension complète
 | * Demi-pension
 | * Gestion libre
 | * NSP
 |

**Formule de séjour :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Un séjour accompagné
 | * Un séjour autonome
 |

**Ce séjour est-il :**

**Nom et adresse de l’organisme touristique accueillant :**

..............................................................................................................................................................................................

..............................................................................................................................................................................................

**Bénéficiaire**

**TOUTES LES LIGNES DE CETTE SECTION DOIVENT ETRE REMPLIES. EN CAS D'INFORMATION MANQUANTE LE DOSSIER NE SERA PAS VALIDE**

**EN MAJUSCULES :**

**Nom : …………………………………………….…………………………****Prénom : ………………………………………………….………………………………..**

**Adresse** : …………………….………………….………………………….………………..……………………………..…………………………………………………

………………………………………………………………………………..…………………………………………………….……………….………………………………

**Code postal** : ………………………………….…………… **Ville** : ………..…………………………………………….………………………………………….

|  |  |
| --- | --- |
| * F
 | * M
 |

**Age :** …………………………… ans (**attention** âge minimum 16 ans.)

**Sexe :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 | * NSP
 |

**Le lieu d'habitation est-il en zone urbaine ? (+ de 2000 habitants)**

* **Si OUI, la commune dans laquelle vous résidez compte-t-elle des territoires Politique de la Ville ? (exemples: ZUS, ZRU, ZFU, quartiers ANRU, quartiers CUCS)****?** (Information à vérifier sur le site htpp://sig.ville.gouv.fr/)

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

* **Si NON, La commune dans laquelle vous résidez compte-t-elle moins de 2000 habitants ?**

(Information à vérifier sur le site <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2119504>)

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

* + **Si OUI, La commune dans laquelle réside le bénéficiaire bénéficie-t-elle d'un classement en zone de revitalisation rurale (ZRR) ? (Information à vérifier sur le site** <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023335418>)

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

**Statut social / Professionnel****si le jeune est mineur, indiquer celui des parents**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Elève
 | * Etudiant
 | * Déscolarisé
 | * Salarié en CDI
 | * Salarié en CDD ou intérim
 |
| * Sans emploi
 | * Ancien usager en ESAT (ex CAT)
 | * Usager en ESAT

(ex CAT) | * Retraité
 | * Autre
 |

**Types de ressources si le jeune est mineur, indiquer ceux des parents (fournir** **le dernier décompte de** **prestations de la CAF ou de la MSA et/ou dernier avis de versement pôle emploi et/ou dernier bulletin de paie et/ou dernier avis d'imposition des parents)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Salaire
 | * Allocation chômage
 | * Minimum social (RSA, ASS…)
 | * Allocations familiales
 |
| * Ressources spécifiques handicap et dépendance
 | * Aucune Ressource
 | * Autre (précisez): …………………………………………………
 |

**Si Minimum social, précisez : (fournir le dernier décompte de prestations de la CAF ou de la MSA)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * RSA
 | * ASS
 | * AER
 | * Allocation veuvage
 |
| * ASV
 | * ASPA
 | * RSO
 | * NSP
 |

**Si Ressources spécifiques handicap et dépendance, précisez : (fournir le dernier avis de versement)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * AAH
 | * AEEH
 | * AJPP
 | * PCH
 |
| * ACTP
 | * Pension invalidité
 | * APA
 | * Autre (précisez) : …………………….………..
 |

**Montant mensuel total des ressources du foyer : ATTENTION: Le QF de la CAF N’EST PAS le montant moyen mensuel des ressources !**

***Vous devez additionner tous les revenus mensuels du foyer, y compris les prestations versées par la Caf.***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * De 0 à 500 €
 | * de 501 à 1000 €
 | * de 1001 à 1500 €
 |
| * de 1501 à 2000 €
 | * plus de 2001 €
 | * non communiqué
 |

**(Merci de vous assurer que vous avez bien fourni tous les justificatifs demandés ci-dessus)**

**Type de logement :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * Logement autonome (HLM, appartement)
* Logement semi-autonome
* Habite chez les parents / amis
* Hébergement social
 | * FJT (Foyer Jeune Travailleur)
* Établissement spécialisé
* Maison de retraite
 | * Sans domicile fixe
* EHPAD
 |

(foyers et résidences sociales, maisons relais ou CHRS, CADA)

**A combien de temps remonte le dernier départ en vacances ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * l'année dernière
 | * de 1 à 3 ans
 | * de 4 à 10 ans
 |
| * plus de 10 ans
 | * jamais parti
 | * NSP
 |

**Est-ce un 1er / 2ème / 3ème / + départ aidé ?**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| * 1er
 | * 2ème
 | * 3ème
 | * +
 | * NSP
 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

**Cette personne est-elle en situation de handicap ?**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| * Cognitif
 | * Moteur
 | * Mental
 | * Psychique
 |
| * Sensoriel
 | * Polyhandicap
 | * Maladies Chroniques
 | * Autres
 |

**Si oui, type de handicap**

|  |  |
| --- | --- |
| * Ordinaire
 | * Spécialisé
 |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * En Autonomie
 | * En Intégration
 | * NSP
 |

**Séjour en milieu**

**Si milieu ordinaire**

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

**Cette personne est-elle une personne malade ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Ordinaire
 | * spécialisé
 |

**Si oui, séjour en milieu**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| * En Autonomie
 | * En Intégration
 | * NSP
 |

**Si milieu ordinaire**

**Question spécifique SENIORS: cette personne est-elle en situation de dépendance?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

**Questions spécifiques JEUNES : quel est le niveau d’études du jeune ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| * Primaire
 | * Collège
 | * Brevet (DNB)
 | * BEP
 | * CAP
 |
| * Lycée
 | * BAC
 | * Etudes Supérieures.
 | * NSP
 |  |

**Questions spécifiques JEUNES  ce bénéficiaire fait-il l’objet d’une mesure de suivi ou d’accompagnement ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Oui
 | * Non
 |

**Si oui de quel type ?**

|  |  |
| --- | --- |
| * Accompagnement vers l'emploi
 | * Prise en charge par l'Aide Sociale à l'Enfance
 |
| * Prise en charge par un service public ou une association relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
 | * Autre
 |

**Montant d'APV demandé**: …………………………………………………………………………………. €

**PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET**

**Important : un cofinancement est exigé**

* Indiquer tous les montants des dépenses prévues et des aides sollicitées
* **Le coût total des dépenses doit être identique au total des aides/financements**

|  |  |
| --- | --- |
| **Coûts** | **Sources de financement**5 |
| Transport1 |  **€** | Aide aux Projets Vacances ANCV/ Solidarité Laïque (²multiple de 20) 6 |  **€** |
| Hébergement |  **€** | CAF |  **€** |
| Restauration2 |  **€** | MSA |  **€** |
| Loisirs3 |  **€** | Conseil Régional |  **€** |
| Assurances4 |  **€** | MDPH |  **€** |
|  |  | Conseil Général |  **€** |
|  |  | Commune ou intercommunalité |  **€** |
|   |  | Organisme porteur de projet 7 |  **€** |
| Coût formule tout compris  |   **€** | Participation (Autofinancement) de la famille8 |  **€** |
|   |  | CCAH |  **€** |
|   |  | Etat |  **€** |
|   |  | Financeur privé |  **€** |
|   |  | Autres |  **€** |
|   |  |  |  **€** |
| **Coût total** |  **€** | **Financement total** |  **€** |

1Regroupez ici les billets (aller et retour) de train, autocar ou avion, les billets de transferts (gare / aéroport jusqu’au lieu de vacances) ; les transports liés aux activités, sorties et visites durant le séjour (si vous ne les avez pas déjà comptées dans les « loisirs et activités »)

Pour **les frais d'autoroute, seul le décompte du** **badge « Libert-t Vacances » crédité avec des chèques vacances** est pris en charge. Les **frais de carburant ne sont pas éligibles et ne doivent pas être reportés.**

2Ce poste comprend UNIQUEMENT les prestations de restauration (restaurants, sandwicheries, goûters, glaces…). Les achats alimentaires dans des superettes, supermarchés, épiceries, etc. qui n’acceptent pas les chèques vacances (aliments pour préparer des sandwiches, boissons, gâteaux, biscuits, etc.) ne sont pas éligibles et ne doivent pas être reportés.

3Coûts des activités, sorties, visites réalisées durant le séjour, et qui ne sont pas déjà intégrées au coût de l’hébergement et de la pension.

4Chaque vacancier doit être titulaire d’une assurance responsabilité civile durant le séjour. Si vous n’en possédez pas, pensez à en souscrire une.

5Indiquez dans les cases ci-dessous **les aides aux vacances** **accordées**.

6Notez ici le montant de l’aide accordée par Solidarité Laïque/l’ANCV.

7Indiquez ici l’éventuelle participation financière de l’organisme organisateur du séjour vacances.

8Reportez ici la participation des bénéficiaires, (ou de leurs parents s’il s’agit d’enfants à charge, ou encore du tuteur pour les personnes sous tutelle), que cette participation émane d’une contribution directe, d’un dispositif d’épargne et / ou d’actions d’autofinancement organisées. Attention : nous n'acceptons pas de vacances GRATUITES pour les bénéficiaires, une participation même symbolique est obligatoire.

**ELIGIBILITE DU BENEFICIAIRE**

**Rappel des critères contractuels :**

- Quotient Familial de la CAF inférieur ou égal à 900 €

- ou Revenu Fiscal de Référence plafond correspondant **(information figurant sur l’avis d’imposition 2019)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nb de parts fiscales | 1 | 1,5 | 2 | 2,5 | 3 | 3,5 | 4 | 4,5 | 5 |
| RFR plafond | 19 440 € | 24 300 € | 29 160 € | 34 020 € | 38 080 € | 43 740 € | 48 600 € | 53 460 € | 58 320 € |

**Caractéristique du bénéficiaire au regard de ces critères**

**QF : ……………………………………..…**

**RFR : …….………………………………… Nombre de parts fiscales : …....................**

**PIECES A FOURNIR**

|  |
| --- |
| * Dossier intégralement et lisiblement rempli **ET SIGNE (le correspondant doit en garder une copie informatique ou papier pour le bilan annuel)**
* Justificatif des revenus
* Dernier relevé de prestation CAF avec mention du quotient familial CAF
* Dernier avis d’imposition ou de non-imposition (**2019**)
* Dernier bulletin de paie ou avis de versement Pole Emploi
* Attestation du handicap (Notification MDPH ou Sécurité Sociale, ou Certificat Médical). **NE PAS FOURNIR DE DOCUMENTS MEDICAUX A CARACTERES CONFIDENTIELS** tels que compte rendu de consultation ou d'examens.
* Descriptif sommaire du séjour
* Inscription au séjour et devis
* Justificatifs des dépenses **(Transmettre à Solidarité Laïque, dès la fin du séjour, les originaux des factures payées par chèques vacances et en conserver impérativement une copie)**
* Billets de train, car, avion…
* Hôtel, location, camping…
* Autres (préciser)………………………………………………………..
 |
| * Démarche de cofinancement
* Courrier de demande
* Réponse (écrite) de l’organisme contacté
 |

**A DATER ET SIGNER IMPERATIVEMENT**

****

**Programme APV Programme Aides aux projets Vacances (APV)**

**Information des bénéficiaires sur l’utilisation des données à caractère personnel**

**Droit d’information des personnes concernées**

L’Agence Nationale pour les Chèques-Vacances (ANCV) s’engage à ce que les données à caractère personnel collectées dans le cadre de la mise en œuvre du programme APV ne soient pas transmises ou communiquées à d’autres fins que de permettre à l’ANCV et à **Solidarité Laïque** de suivre le processus de construction des projets de séjours par les Porteurs de projets, de contrôler les aides consenties dans le cadre du programme APV, et d’effectuer des statistiques concernant l’utilisation des aides consenties dans le cadre de ce programme, ces données étant destinées à ses services et sous-traitants chargés de l’exécution du programme APV.

L’ANCV s’engage à respecter et faire respecter par l’ensemble de ses personnels susceptibles d’intervenir dans le cadre de l’exécution du programme APVles obligations suivantes :

* ne prendre aucune copie des documents et supports d’information confiés à l’exception de ceux nécessaires pour les besoins de l’exécution du programme APV,
* ne pas utiliser les documents et informations traités à des fins autres que celles spécifiées ci-dessus,
* prendre toutes mesures permettant d’éviter toute utilisation détournée ou frauduleuse des fichiers informatiques dans le cadre de l’exécution du programme APV,
* prendre toute mesure de sécurité, notamment de sécurité matérielle, pour assurer la conservation et l’intégrité des documents et informations traités dans le cadre de l’exécution du programme APV,
* A l’expiration du délai de trois ans courant à compter de la date de fin de séjour du bénéficiaire du programme APVprocéder à la destruction de tous fichiers manuels ou informatisées stockant les informations à caractère privé recueillies dans le cadre de l’exécution programme APV.

**Le / / 2020 en deux exemplaires** (1 pour le bénéficiaire et 1 pour le Porteur de projet)

**Nom et signature du Bénéficiaire Signature de l’instructeur du dossier :**

En cas de besoin, contacter Yasmine SADJI (06.32.12.19.53) ou Muriel SCHEUER (06.80.77.53.89)

SOLIDARITE LAIQUE – 22 Rue Corvisart 75013 PARIS

Tel : 01 45 35 13 13 - Fax : 01 45 35 47 47

Mel : ysadji@solidarite-laique.org ou mscheuer@solidarite-laique.org