

FICHE PROJET

DISPOSITIF DEPARTEMENTAL DE SOUTIEN

AUX HABITATS INCLUSIFS

IDENTIFICATION DU PORTEUR :

Nom de la structure :

statut juridique :

Adresse du siège social :

Code postal : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/ Commune :

N° de téléphone : /\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/\_\_/

E-mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

####  **Le représentant légal (le Président ou autre personne désignée par les statuts)**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Contact téléphonique et mail :

 **La(es) personne(s) chargée(s) du dossier au sein de la structure :**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Contact téléphonique et mail :

Autres interlocuteurs (précisez nom et la place dans le projet) :

 **Rayonnement de l’activité de la structure :**

Communal  Départemental 

National  Régional 

|  |  |
| --- | --- |
| **Identification de l’HABITAT** | |
| **SITUATION GEOGRAPHIQUE** | *commune d’implantation (en milieu urbain ? en centre-bourg ? en zone rurale ?, caractéristiques de la commune)*  *environnement, proximité :*  *-des services de transports ?*  *-des commerces ?*  *-services de soins et paramédicaux ?*  *-services sociaux ?*  *-services médico-sociaux ?* |
| **PUBLIC/PROFIL ET NOMBRE** | *Personnes âgées ? Personnes handicapées ?*  *Besoins spécifiques ?*  *Lieu de vie antérieur*  *Si le projet s’adresse à une mixité de publics, préciser le profil des autres habitants* |
| **EVALUATION DES BESOINS** | *Originie du projet,*  *étude de besoins réalisée*  *procédure de constitution du collectif (réunion, groupe de travail…)* |
| **PARTENARIAT** | *Quelle est l’implication de la mairie ? Participe-t-elle au comité de pilotage ?*  *Quels partenaires locaux soutiennent ce projet ?*  *Bailleur, ESSMS…* |
| **ORGANISATION HABITAT** | *Promoteur éventuel :*  *propriétaire :*  *Gestionnaire de l’Intermédiation locative :*  *Le gestionnaire de l’HI et employeur de la pers chargée de l’AVP :*  *Les services médico-sociaux pouvant intervenir  :* |
| **PORTEUR AVP** | *expérience dans le domaine social, médico-social*  *expérience habitat inclusif* |
| **TYPE D’HABITAT** | *Propriétaire ?*  *regroupés, diffus, intergénérationnels*  *contenu de l’espace privatif (kitchenette, salle de bain, WC..)*  *studio, T1, T2…*  *Distance entre les différents logements des bénéficiaires de l’AVP* |
| **MODALITE ACCES HABITAT** | *propriétaire, location, sous-location, colocation* |
| **TYPE DE PROJET IMMOBILIER** | *Construction neuve, acquisition amélioration, offre déjà existante*  *Opération immobilière globale : opération immobilière mixte ou dédiée à l’habitat inclusif ?, (nb total de logements et typologie du public)* |
| **TYPE DE PRET**  **LOGEMENT SOCIAL** | *Nombre de logements :*  *Nature des logements : privé / public*  *Si public, type de prêt :*  *PLAI / PLUS / PLS* |
| **DOMOTIQUE ENVISAGEE** | *Détails techniques utilisés* |
| **COÛT LOYER** | *montant du loyer avec charges afférentes au loyer par habitant et par mois, sans déduction d'éventuelles allocations individuelles (Si les loyers sont différents selon les logements de l'habitat inclusif : indiquer le montant moyen par habitant par mois)* |
| **ESPACE COMMUN** | *Surface*  *Localisation et distance vis-à-vis des logements*  *Contenu (kitchenette, espace extérieur…)*  *mutualisation ?*  *Ouverture sur extérieur* |
| **MODALITE DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET DE VIE SOCIALE ET PARTAGE** | *modalités envisagées de « sélection » des futurs habitants*  *Comment est envisagée l’évaluation du projet de vie partagée ?* |
| **AIDE A LA VIE PARTAGEE** | *Profil de poste, recrutement déjà connu ?*  *temps de présence ?, employeur du (des) postes ?* |
| **EVALUATION COÛT VIE PARTAGEE** | *Niveau d’aide à la vie partagée souhaité ?*  *Justification au regard des besoins des personnes* |
| **FINANCEMENT COÛT VIE PARTAGEE** | *Subvention CD :*  *Autres : mise en commun de la PCH ?* |
| **CALENDRIER** | *Maturité du projet : déjà en fonctionnement ? Ouverture prochaine ? En réflexion ?*  *date de démarrage des travaux*  *date d’ouverture prévisionnelle* |
| **SUBVENTION OBTENUE** | *-ingénierie ? si oui par qui ?*  *-investissement ? si oui par qui ? (Petite villle de demain, fondation..)* |
| **SUBVENTION SOLLICITEE** | *Fonctionnement*  *Equipement*  *investissement* |

# ATTESTATION SUR L’HONNEUR

Dans le cadre de cette demande, le gestionnaire demande à être reconnu en tant qu’habitat inclusif pour que les futurs habitants puissent être éligibles à l’AVP.

Le représentant légal de la structure doit attester sur l’honneur la validité des renseignements transmis.

Si le signataire n’est pas le représentant légal de la structure, merci de joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (nom et prénom)

Représentant légal de la structure (Président ou personne désignée par les statuts),

* certifie que la structure est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants,

* certifie exactes et sincères les informations fournies dans le présent dossier, notamment l’approbation du budget par les instances statutaires,

Signature