

Dossier d'inscription

Aides aux Projets Vacances 2022

**Dossier
Famille**

ETAPE 1 : GENERALITES

Nom du Référent du projet (aidant principal de la famille) :

.....

Qualité :

Contact (Téléphone et / ou Courriel)

Signature :

*En signant, je certifie sur l'honneur
l'exactitude des informations déclarées.*

Pour que votre dossier puisse être examiné, il est impératif que toutes les rubriques soient dûment complétées.

Tout dossier déposé après le début du séjour ne sera pas recevable

Cadre réservé à l'UFCV

N° de dossier :

N° d'inscription UFCV + Nom du vacancier + N° dossier reçu par la DR. Ex : 2598 MARTIN 12, avec espaces et sans tirets

Région UFCV :

Service vacances adaptées

Date début séjour : _____ Durée : _____ jours

Nom du séjour :

Code du séjour :

Prix du séjour (hors assurance) :

Niveau d'autonomie du séjour :

Coût/jour du séjour :

Effectif prévu (cf. catalogue) :

Montant de l'aide demandée :

VERIFICATION DE LA PRESENCE DES 4 PIECES

1/ Attestation financière :

QF

Vérifier les plafonds

ou RFR

2/ Attestation de handicap :

carte invalidité MDPH

AAH courrier médecin

AEEH autre : _____

3/ Attestation ou copie d'une demande de co-financement :

4/ Lien familial avec la personne en situation de handicap :

Famille directe

Tuteur

Famille d'accueil

Autre : _____

5/ Attestation de composition

du groupe familial :

Présence d'une demande de dérogation : portant sur :

Dans ce cas, pensez à adresser un courrier de demande spécifique qui sera transmis à l'ANCV.

Dossier remis complet à la Délégation Régionale le :/...../ 2022

Décision de la commission :

Favorable

Favorable avec dérogation

Défavorable

Motif en cas d'avis défavorable :

Montant de l'aide accordée : €

Fait le..... 2022, à Clermont-Ferrand

Signature du responsable de la commission :

ETAPE 2 : PREPARATION DU SEJOUR

1. **Personne référente : la personne référente qui accompagne les bénéficiaires dans la préparation de ce projet est-elle :**

- Un salarié de la structure
- Un bénévole de la structure

2. **Si c'est un salarié, indiquer la fonction :**

- Assistant(e) Social(e)
- CESF
- animateur(trice)
- Educateur(trice)
- Enseignant /Chef d'établissement
- Autre

3. **Durée estimée de la phase de préparation du séjour :**

- Moins d'1 mois : préciser le nombre de semaine :
- Plus d'1 mois : préciser le nombre de mois :

4. **Objectifs dominants visés au travers de la réalisation de ce projet vacances :**

Trois réponses maximum (cochez 3 cases)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accès aux vacances | <input type="checkbox"/> Contenu éducatif |
| <input type="checkbox"/> Equilibre | <input type="checkbox"/> Valorisation |
| <input type="checkbox"/> Bien-être | <input type="checkbox"/> Estime de soi |
| <input type="checkbox"/> Epanouissement | <input type="checkbox"/> Santé |
| <input type="checkbox"/> Découverte | <input type="checkbox"/> Acquisition de savoir faire |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens sociaux | <input type="checkbox"/> Répit pour les aidants |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens familiaux | <input type="checkbox"/> Autre : |

5. **Nombre de séance(s) (rencontres) de préparation pour ce projet :**

6. **Modalités de préparation pour ce projet :**

- Collective
- Individuelle
- Les deux
- Ne sait pas

7. **Une démarche d'épargne a-t-elle été mise en place :**

- Oui
- Non
- Ne sait pas

Si oui, s'agit-il d'une :

- Epargne simple
- Epargne bonifiée (l'épargne du bénéficiaire est abondée par votre structure ou par un autre financeur).

8. **Types d'action mise en place tout au long de cette phase de préparation :**

- Actions d'autofinancement
- Ateliers :
- Chantiers / Contrepartie
- Autres :
- Pas d'action spécifique

ETAPE 3 : PRECISION LIEU DU SEJOUR

Durée du séjour (en nombre de jours) : jours

Les séjours de plus de 22 jours ne sont pas éligibles, sauf demande de dérogation.Le type de lieu du séjour : Mer Campagne Montagne Ville Ne sait pasLe pays du lieu du séjour : France Union Européenne :**Les séjours hors de l'Union Européenne ne sont pas éligibles.**

Indiquer le département et la région du lieu de séjour :

Département :

Mois du séjour :

Période du séjour : Vacances scolaires Hors période de vacances scolairesMode(s) de transport utilisé(s) pour se rendre sur le lieu du séjour : Train Autocar Minibus Avion Transports collectifs
 Voiture Véhicule Sanitaire Léger (VSL) Autre, précisez :Ce(s) mode(s) de transport est-il/sont-ils adapté(s) aux personnes en situation de handicap ou personnes malades? Oui Non Ne sait pasMoyen(s) de déplacement utilisés pendant le séjour : Train Autocar Minibus Mode transport doux (marche à pied, vélo...)
 Voiture Véhicule Sanitaire Léger (VSL) Autre, précisez :Ce(s) mode(s) de transport est-il/sont-ils adapté(s) aux personnes en situation de handicap ou personnes malades? Oui Non

Distance parcourue entre le lieu d'habitation et le lieu du séjour : km

Type d'hébergement (principal si c'est un voyage itinérant) : Village de Vacances (VV) – Maison Familiale Vacances Colonie de vacances (-18 ans)
 Camping (mobil home, tente, bungalow...)
 Hôtel Gîte rural, chambre d'hôte, location
 Hébergement non marchand (chez des parents ou amis) Auberge de jeunesse/CIS
 Maison d'accueil chez l'habitant Autres Ne sait pas

Cet hébergement est-il adapté pour l'accueil de personnes en situation de handicap ou personnes malades ?

Voir sur le catalogue dans la rubrique Hébergement. Oui Non Ne sait pas
Si la réponse est oui, cet hébergement accueille :
 des personnes valides et des personnes en situation de handicap ou malades (mixte)
 uniquement des personnes en situation de handicap ou malades (spécialisé)
 Ne sait pas**NB : les centres de vacances, campings, villages vacances, hôtels, auberges de jeunesse, croisières... sont des accueils mixtes.**La formule du séjour : Pension complète Demi-pension Gestion libre Ne sait pasCe séjour a-t-il une dominante sportive ? Oui Non Ne sait pas

ETAPE 4 : CARACTERISTIQUES DES BENEFICIAIRES

1. Informations relatives au bénéficiaire (personne en situation de handicap) :

Nom :

Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Age :

Sexe : Féminin Masculin

• Composition de la famille partante :

↕ Nombre de parents partants :

↕ Nombre d'autres adultes de la famille partants :

↕ Nombre d'enfants partants :

↕ Soit au total membres de cette famille qui partent dans le cadre de ce projet de vacances

• Autant de lignes à remplir que de membres de la famille :

	NOM	Prénom	Age	Personne en situation de handicap	Pour la ou les personnes en situation de handicap, bénéficiaire(s) de la bourse, indiquez le type de handicap			Membre de la famille
					Déficiences mentale	Trouble du spectre autistique	Polyhandicap	
1.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Le lieu d'habitation est-il en zone urbaine ?

Oui → **Si oui**, la commune dans laquelle vous résidez compte-t-elle des

Non territoires Politique de la Ville ? Oui Non

A vérifier via le site de l'Insee : <http://sig.ville.gouv.fr/>

↓ **Si non**, la commune dans laquelle vous résidez compte-t-elle moins de 2000 habitants ? Oui Non

A vérifier via <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3677855>

La commune dans laquelle vous résidez bénéficie-t-elle d'un classement en zone de revitalisation rurale (ZRR) ? Oui Non

A vérifier via <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000023335418>

3. Statut social / professionnel :

- | | | |
|--------------------------------------|--|--|
| <input type="checkbox"/> Elève | <input type="checkbox"/> Salarié en CDI | <input type="checkbox"/> Usager en ESAT (ex CAT) |
| <input type="checkbox"/> Etudiant | <input type="checkbox"/> Salarié en CDD ou intérim | <input type="checkbox"/> Retraité |
| <input type="checkbox"/> Déscolarisé | <input type="checkbox"/> Sans emploi | <input type="checkbox"/> Autre |

4. Types de ressources de la personne, de la famille de l'enfant ou pour un jeune ses propres ressources ou celles du foyer fiscal auquel il est rattaché :

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> Allocations familiales | <input type="checkbox"/> Retraite |
| <input type="checkbox"/> Allocation chômage | <input type="checkbox"/> Ressources spécifiques handicap et dépendance | <input type="checkbox"/> Aucune ressource |
| <input type="checkbox"/> Minimum social minima sociaux (préciser ci-après) | (préciser ci-après) | <input type="checkbox"/> Autre |

Si la réponse est « minimum social / minimas sociaux » (réponse multiple possible) :

- RSA (Revenu de Solidarité Active)
- ASS (Allocation Spécifique de Solidarité)
- AER (Allocation équivalent retraite)
- Allocation Veuvage
- ASV (Allocation Supplémentaire Vieillesse)
- ASPA (Allocation de Solidarité Personne Âgée)
- RSO (Revenu de Solidarité, DOM)
- Ne sait pas

Si la réponse est « Ressources spécifiques handicap et dépendance » (réponse multiple possible) :

- AAH (Allocation Adulte Handicapé)
- AEEH (Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé)
- AJPP (Allocation Journalière de Présence Parentale)
- PCH (Prestation de Compensation du Handicap)
- ACTP (Allocation Compensatrice pour Tierce Personne)
- Pension invalidité
- APA (Allocation Perte Autonomie)
- Autre :

5. Montant moyen mensuel des ressources de la personne ou du foyer de l'enfant ou pour un jeune, le montant moyen de ses ressources ou celui du foyer fiscal auquel il est rattaché

- 0 à 500€
- 1 001 à 1 500€
- + de 2 001€
- 501 à 1 000€
- 1 501 à 2 000€
- Non communiqué

6. Type de logement de la personne ou de la famille de l'enfant ou du jeune

- Logement autonome
- FJT
- Établissement spécialisé
- Hébergement social (foyers et résidences sociales, maisons relais) ou d'urgence (CHRS, CADA)
- Maison de retraite
- EHPAD
- Sans domicile fixe
- Habite chez les parents / amis
- Autres

7. A combien de temps remonte le dernier départ en vacances de la personne ?

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

8. Est-ce que ce projet de vacances est un 1er / 2ème / 3ème départ aidé grâce à la bourse ANCV depuis 2019 ?

- 1er départ
- 2ème départ
- 3ème départ

9. Questions spécifiques Jeunes (moins de 25 ans) :

☞ Quel est le niveau d'étude de ce bénéficiaire ?

- Primaire
- collège
- brevet
- BEP
- CAP
- Lycée
- BAC
- Etudes supérieures
- NSP

☞ Ce bénéficiaire fait-il l'objet d'une mesure de suivi et accompagnement ?

- Oui —————> **Si oui, de quel type ?**
- Non
- Mesure d'accompagnement vers l'emploi
- Mesure de prise en charge par l'ASE (Aide Sociale à l'Enfance)
- Mesure de prise en charge par un service public ou une association relevant de la Protection Judiciaire de la Jeunesse
- Autre :

10. Questions spécifiques Seniors (plus de 60 ans) :

- Cette personne est-elle en situation de dépendance :** Oui Non

PROJET DE FINANCEMENT DU SEJOUR DU BENEFICIAIRE

COUTS SEJOUR		SOURCES DE FINANCEMENT	
Formule Famille tout compris	€ sans garantie annulation	Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Personne en situation de handicap</i>	€ arrondir à 0
		Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Reste de la famille : 150€max/membre de la famille</i>	€ arrondir à 0
		Participation / Autofinancement du bénéficiaire	€ <i>obligatoire</i>
		Une demande à tiers payeur est obligatoire* :	
		CAF	€
		MSA	€
		Conseil Régional	€
		MDPH	€
		Conseil Général	€
		Commune / Intercommunalité	€
		Organisme porteur de projet	€
		CCAH	€
		Etat Précisez :	€
		Finaceur privé Précisez :	€
		Autre Précisez :	€
COUT TOTAL	€	FINANCEMENT TOTAL	€
<i>Dont surcoût lié au handicap :</i>	€	LE TOTAL DES COUTS DOIT ETRE EGAL AU TOTAL DES SOURCES DE FINANCEMENT.	

1

2

3

***Obligation d'un tiers payeur, vous devez fournir obligatoirement :**
- la copie de votre demande de co-financement
OU - une attestation de co-financement.

**Séjours familiaux permettant le répit des aidants
ATTESTATION DE COMPOSITION DU GROUPE FAMILIAL**

Je soussigné(e) (Nom et prénom, qualité*) :.....
 né(e) le :..... à :.....
 déclare être l'aidant principal du groupe familial sollicitant l'Aides aux Projets Vacances.

Demeurant :.....

Le groupe familial de la/des personne(s) en situation de handicap est composé des membres suivants :

NOM Prénom	Qualité*	Personne en situation de handicap bénéficiaire	Membre de la famille
1.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

* Qualité vis à vis de la personne en situation de handicap accueillie : père / mère / frère / sœur / tuteur / assistant familial en famille d'accueil/ membre de la famille d'accueil /autre

Fait à :..... Le :.....

Signature :

Acceptation des conditions relatives à la protection des données personnelles

Les informations collectées par l'Ufcv directement auprès de vous font l'objet d'un traitement automatisé ayant pour finalité la gestion du programme Aides aux Projets Vacances. Ce traitement se fonde sur votre consentement que vous pouvez retirer à tout moment. Ces informations sont à destination des services de l'Ufcv et de l'ANCV. Ces données seront conservées pendant cinq ans suivant leur collecte.

Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez des droits suivants sur vos données : droit d'accès, droit de rectification, droit à l'effacement (droit à l'oubli), droit d'opposition, droit à la limitation du traitement, droit à la portabilité. Vous pouvez également définir des directives relatives à la conservation, à l'effacement et à la communication de vos données à caractère personnel après votre décès.

Vous pouvez, pour des motifs tenant à votre situation particulière, vous opposer au traitement des données vous concernant.

Pour exercer vos droits ou solliciter de plus amples informations concernant ce traitement, merci d'adresser votre demande à l'adresse suivante : ANCV, Délégué à la protection des données, 36 boulevard Henri Bergson, 95200 Sarcelles Cedex, accompagnée de la copie de votre pièce d'identité et d'une adresse complète électronique ou postale à laquelle nous pouvons vous répondre.

Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL.

Nom du signataire (réfèrent familial remplissant le dossier) :

.....

Fonction :

.....

Pour le bénéficiaire (nom du signataire) et sa famille :

.....

Fait le :

Signature :