

Dossier d'inscription EHF

Aides aux Projets Vacances 2024

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

Service EHF

Date début séjour : ____ / ____ / ____ Date de fin : ____ / ____ / ____

Prix du séjour (hors assurance) :

Nombre de nuitées : (de 4 à 21 nuitées)

Montant de l'aide demandée :

Nom du VVF :

Nombre de participants au séjour :

.....

Depuis 2020 inclus, ce projet est-il un 1^{er} / 2^{ème} / 3^{ème} départ aidé ?

1^{er} 2^e 3^e

VERIFICATION DE LA PRESENCE DES 3 PIECES

1/ Attestation financière :

QF 2024 :

Vérifier les plafonds

OU RFR 2023 :

Nb de parts :

2/ Attestation de handicap :

carte invalidité

AAH

AEEH

MDPH

courrier médecin

autre :

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

Présence d'une demande de dérogation : portant sur :

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

Dossier remis complet à la Délégation Régionale le : / / 2024

Décision de la commission :

Favorable

Favorable avec dérogation

Défavorable

Motif en cas d'avis défavorable :

Montant de l'aide accordée : €

Fait le 2024, à Clermont-Ferrand

Signature du responsable de la commission :

1. LIEU DU PROJET

Environnement du lieu du séjour : Mer Campagne Montagne Ville Ne sait pas

Pays du lieu du séjour : France Union Européenne :

Les séjours hors de l'Union Européenne ne sont pas éligibles.

Code postal du lieu de séjour : Ville du lieu de séjour :

2. HEBERGEMENT

Type d'hébergement : Village Vacances

La formule du séjour : Gestion libre

3. TRANSPORT

Mode de transport principal :

Voiture Co-voiturage Autocar Minibus Train Avion Autre

Distance entre le domicile et le lieu du séjour :

moins de 100 km entre 100 et 200 km entre 201 et 500 km entre 501 et 900 km plus de 900 km

4. BENEFICIAIRES

• Composition de la famille partante :

↵ Nombre de parents partants :

↵ Nombre d'autres adultes de la famille partants :

↵ Nombre de mineurs :

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

BENEFICIAIRE n°1**Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

Etat civil

Genre : Homme Femme

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : / /

Pays de naissance :

Code postal du lieu de naissance : Ville du lieu de naissance :

Type de bénéficiaire

Type de public aidé :

- Enfant 0–15 ans Jeune 16–25 ans Adulte 26–60 ans Senior +60 ans

Personne en situation de handicap : oui non

Type de handicap :

- Moteur Mental Visuel
 Auditif Polyhandicape Maladie invalidante

Type(s) de ressources spécifiques handicap : (plusieurs choix possibles)

- AAH AEEH APA PCH autre :

Statut du bénéficiaire

En emploi : oui non

Si oui, précisez :

Coordonnées

Adresse de résidence :

.....

Code postal : Ville :

Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT | <input type="checkbox"/> SDF |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

Revenus

Types de revenus :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité | <input type="checkbox"/> Sans ressource | |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros :€

Nombre de personnes au foyer :

Pratique vacances

Dernier départ en vacances :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans | <input type="checkbox"/> Jamais parti | <input type="checkbox"/> NSP |

BENEFICIAIRE n°2**!! Il faut autant de formulaires « Bénéficiaires » que de personnes participant au séjour****Catégorie**

- Bénéficiaire en situation de handicap
 Membre de la famille du bénéficiaire en situation de handicap

Etat civil**Genre :** Homme Femme

Nom de naissance :

Prénom :

Date de naissance (format JJ/MM/AAAA) : / /

Pays de naissance :

Code postal du lieu de naissance : Ville du lieu de naissance :

Type de bénéficiaire

Type de public aidé :

- Enfant 0–15 ans Jeune 16–25 ans Adulte 26–60 ans Senior +60 ans

Personne en situation de handicap : oui non

Type de handicap :

- Moteur Mental Visuel
 Auditif Polyhandicapé Maladie invalidante
 Trouble du spectre autistique Autre

Type(s) de ressources spécifiques handicap : (plusieurs choix possibles)

- AAH AEEH APA PCH autre :

Statut du bénéficiaireEn emploi : oui non

Si oui, précisez :

Coordonnées

Adresse de résidence :

.....

Code postal :

Ville :

Lieu d'habitation du bénéficiaire

Type de logement :

- | | | |
|--|--|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Logement social | <input type="checkbox"/> Résidence autonomie | <input type="checkbox"/> Ehpad |
| <input type="checkbox"/> Hébergé par la famille, amis... | <input type="checkbox"/> FJT | <input type="checkbox"/> SDF |
| <input type="checkbox"/> Autre | | |

Revenus

Types de revenus :

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Salaire | <input type="checkbox"/> Indemnités chômage | <input type="checkbox"/> Pension retraite |
| <input type="checkbox"/> Prestations familiales | <input type="checkbox"/> Minima sociaux | <input type="checkbox"/> Revenus indépendants |
| <input type="checkbox"/> Primé d'activité | <input type="checkbox"/> Sans ressource | |

Niveau de revenu mensuel moyen en euros :€

Nombre de personnes au foyer :

Pratique vacances

Dernier départ en vacances :

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> L'année dernière | <input type="checkbox"/> Entre 2 et 3 ans | <input type="checkbox"/> Entre 4 et 10 ans |
| <input type="checkbox"/> Plus de 10 ans | <input type="checkbox"/> Jamais parti | <input type="checkbox"/> NSP |

5. AVANT LE SEJOUR : ACCOMPAGNEMENT

Statut de la personne référente

- Bénévole Salariée

Préparation du projet

Durée de la préparation avant départ :

- moins d'une semaine avant moins d'un mois avant
 entre 3 et 6 mois avant plus de 6 mois avant

Nombre de séances de préparation avant départ :

Modalités de la préparation : Individuelle Collective Les deux

Objectifs du projet :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Accès aux vacances | <input type="checkbox"/> Mobilisation, valorisation, estime |
| <input type="checkbox"/> Equilibre, bien-être et découverte | <input type="checkbox"/> Autonomie |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens familiaux | <input type="checkbox"/> Répit |
| <input type="checkbox"/> Renforcement des liens sociaux | <input type="checkbox"/> Santé |
| <input type="checkbox"/> Savoir-faire | <input type="checkbox"/> Insertion professionnelle |
| <input type="checkbox"/> Autre | |

BUDGET DU SEJOUR DU BENEFICIAIRE

Coût du séjour (préacheminement inclus et sans garantie annulation) :

1

Dont surcout lié au handicap :

SOURCES DE FINANCEMENT	
Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Personne(s) en situation de handicap</i>	€ <i>arrondir la somme à 0</i>
Aide aux Projets Vacances ANCV demandée <i>Membre(s) de la famille : 150€/max/pers.</i>	€ <i>arrondir la somme à 0</i>
Participation / Autofinancement du bénéficiaire	€ <i>obligatoire</i>
Une demande de cofinancement est obligatoire* Notez une estimation des sommes que vous espérez recevoir :	
Autofinancement du porteur de projet	€
Partenaires privés : entreprises et fondations	€
CAF	€
MSA	€
PCH / MDPH	€
Conseil Régional	€
MDPH	€
Partenaires privés : mutuelles et caisses de retraite complémentaire	€
Commune, dont CCAS	€
Conseil Départemental	€
Services déconcentrés de l'Etat	€
Etat : ministères, agences, administration centrale	€
Europe	€
Autre Précisez :.....	€
FINANCEMENT TOTAL	€
LES MONTANTS 1 et 5 DOIVENT ETRE EGAUX	

2

3

4

5

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

Acceptation des conditions relatives à la protection des données personnelles (RGPD)

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 :