

Dossier d'inscription individuel

Aides aux Projets Vacances 2024

Référent du projet (Instructeur du dossier) :

Qualité :

Contact (Téléphone et / ou Courriel)

Signature et/ou cachet :

*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 : _____ Date de fin : _____

Service Vacances Jeunes Service HandiLoisirs

Nombre de nuitées : _____ (de 4 à 21 nuitées)

Nom de l'hébergement :

Prix du séjour (hors assurance) :

Montant de l'aide demandée :

(ex : Camping des Flots bleus)

Effectif prévu (cf. catalogue) :

Depuis 2020 inclus, ce projet est-il un 1^{er} / 2^e / 3^e 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 (principal, si c'est un voyage itinérant) :

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Parents / familles / amis | <input type="checkbox"/> Hôtel | <input type="checkbox"/> Village Vacances |
| <input type="checkbox"/> Maison familiale de vacances | <input type="checkbox"/> Camping, mobil home | <input type="checkbox"/> Auberge de jeunesse |
| <input type="checkbox"/> Gîte rural, chambre d'hôte, location | | <input type="checkbox"/> Autre |

La formule du séjour : Gestion libre Demi-pension Pension complète

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. BENEFCIAIRE

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

Type de handicap :

Moteur Mental Visuel
 Auditif Polyhandicapé 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 :

Logement social Résidence autonomie Ehpad
 Hébergé par la famille, amis... FJT SDF
 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 :€

Pratiques de 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 :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> moins d'une semaine avant | <input type="checkbox"/> moins d'un mois avant |
| <input type="checkbox"/> entre 3 et 6 mois avant | <input type="checkbox"/> 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 de soi |
| <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"/> Renforcement des 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	€ arrondir la somme à 0
Participation / Autofinancement du bénéficiaire	€ obligatoire
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 du projet, instructeur du dossier) :

.....

Fonction :

Pour le bénéficiaire (Nom et prénom) :

Fait le :

Signature :