|  |
| --- |
| **Direction de l’Action Sociale**  **Sylvie SALAVERT**  **Directrice**  **Département Projets et Partenariats**  **Mail :** daprp@carsat-ra.fr  **DEMANDE DE SUBVENTION**  **SERVICE DE PORTAGE DE REPAS A DOMICILE** |

**PORTEUR DE PROJET :**

* Nom :
* Adresse :
* Tél :
* Email :

**STATUT :**

Association loi 1901

Public

Privé commercial

Autres (fondation, Groupement d’Intérêt Public …)

**RESPONSABLES :**

* Nom :
* Qualité : (Président…) :
* Profession :

**BUDGET GLOBAL DE LA STRUCTURE :**

- Chiffre d’affaires :

#### - Bilan

**AUTORISATION D'EXERCER L'ACTIVITE :**

* Déclaration de manipulation des denrées alimentaires d'origine animale oui non
* Attestation de conformité technique ATP (Accord sur le Transport des

denrées périssables) oui non

**OBJET DE LA DEMANDE**

Création de service oui non

Extension du territoire d'intervention oui non

Renouvellement du matériel oui non

Financement Carsat antérieur oui non

Si oui quelle année ?

Type d'investissement :

Location de véhicule oui non

Achat de véhicule oui non

**DESCRIPTIF DE L'OPERATION :**

**1 ETUDE DES BESOINS :**

**2 DESCRIPTIF DES EQUIPEMENTS :**

Le véhicule est-il équipé d'un dispositif :

* anti blocage des roues du type ABS ou équivalent oui non
* d'aide au freinage d'urgence du type AFU ou équivalent oui non
* de contrôle électronique de la stabilité de type ESP ou équivalent oui non
* d'airbags passagers oui non
* de limitateur de vitesse ou système équivalent oui non
* de cloison de séparation pleine sur toute la largeur et la hauteur du oui non

véhicule et points d'arrimage – pour les véhicules répondant au champ

d'application de la norme NF ISO 27956,

ou de cloison pare cabine et points d'arrimage pour les véhicules de

type N1 (chassis-cabine)

**3 SECTEUR D'INTERVENTION** (à compléter obligatoirement par communes**):**

**4 JOURS D'OUVERTURE ET HORAIRES :**

5 PUBLIC CONCERNE :

Nombre de bénéficiaires :

(préciser si le public concerné est constitué majoritairement de personnes en GIR 5 et 6)

6 CRITERES D'INTERVENTION :

Age :

Isolement :

Santé :

7 COUT DU REPAS :

Prix de revient :

Prix de vente :

Modulation :

Préciser les aides susceptibles d'être accordées au retraité :

**8 Moyens en personnel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **SALARIES** | **PERSONNEL MIS A DISPOSITION** | **BENEVOLES** |
| Nombres de personnes |  |  |  |
| Equivalent Temps Plein |  |  |  |
| Qualification |  |  |  |

**Commentaires**

**9 COUT DES EQUIPEMENTS/ PLAN DE FINANCEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **OBJET** | **COUT** | **FINANCEURS SOLLICITES** | **FINANCEMENTS ATTENDUS** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

Rappel : au moins 3 financeurs en plus de la Carsat Rhône-Alpes sont à solliciter (MSA, Régimes complémentaires, Mairie, Conseil Départemental ou Métropole de Lyon) sans forcément avoir obtenu un financement.

**10 CRITERES QUALITATIFS SUR L’ACTIVITE PORTAGE DE REPAS**

10-1 OFFRE ALIMENTAIRE

Type de liaison :

Nombre de repas servis par an :

Les menus proposés sont-ils validés par une diététicienne ? oui non

Proposez-vous du choix dans vos menus ?

Déjeuner oui non

Dîner oui non

Menu type :

10-2 PRISE EN CHARGE DIETETIQUE ET NUTRITIONNELLE

Proposez-vous un bilan diététique lors de l'inscription de la personne au service de portage ?

oui non

Quels régimes proposez-vous ? (inscrire la liste des régimes)

Proposez-vous un suivi ou/ et des conseils en diététique aux personnes âgées inscrites à votre service de portage de repas ? oui non

10-3 PREVENTION ET DEPISTAGE DE LA DENUTRITION

Proposez-vous une offre alimentaire spécifique pour les personnes dénutries ? oui non

si oui, précisez :

Votre personnel est-il formé à cette thématique ? oui non

Existe-t-il une procédure d'alerte en cas de constat d'une dégradation de l'état physique de la personne ? oui non

Si oui laquelle ? *(document à tenir à disposition de la Carsat)*

10-4 GESTION DU TRANSPORT ET DES LIVRAISONS

Existence d'une procédure de gestion des clés oui non

*(Si oui document à tenir à disposition de la Carsat)*

Existence d'une procédure de gestion de l'hygiène tout au long de la livraison oui non

*(Si oui document à tenir à disposition de la Carsat)*

Avez-vous mis en place une politique Responsabilité Sociétale des Entreprises

(véhicules éco-responsables, lutte contre le gaspillage alimentaire, …) ? oui non

Si oui, précisez :

|  |
| --- |
|  |

10-5 VEILLE SOCIALE

Citer trois actions concrètes de veille sociale appliquées à l'activité de portage de repas à domicile :

Coordonnées de la personne à contacter :

Date :

Signature et tampon de la structure :

**Pièces à transmettre :**

* Le(s) devis.
* La copie des courriers envoyés aux organismes financeurs sollicités.
* Le Compte Administratif ou Compte de Résultat N-1.
* Un exemple d'un cycle de menus (1 semaine) avec choix proposés
* La fiche de poste porteur/ livreur
* Une attestation URSSAF indiquant que votre situation est à jour du versement de vos cotisations sociales.
* Le Relevé d’Identité Bancaire de la structure.

**Pièces à tenir à disposition de la Carsat**

* Les statuts de la structure.

Selon le statut : Récépissé de la déclaration au Journal Officiel ou inscription au Registre du Commerce

* Un justificatif de l'obtention de l'autorisation délivrée par le Conseil Départemental ou la Métropole de Lyon ou la déclaration réalisée auprès de la DIRECCTE le cas échéant.
* La déclaration de manipulation de denrées alimentaires d'origine animale.
* L'attestation de conformité technique à l'accord "ATP" pour les équipements supérieurs à 2M3
* Le plan Alimentaire utilisé pour l’élaboration d’un cycle de menus (\*)
* La procédure de gestion d'une Toxi-Infection Alimentaire Collective (TIAC)
* Le protocole de nettoyage et de désinfection du matériel de transport
* La procédure de gestion des clés

(\*) Le plan alimentaire prend en compte à la fois l'équilibre alimentaire et les fréquences de service de plats du GEMRCN. Il se rédige sur **20 repas consécutifs** et correspond à une structuration des repas, et non à l’énumération précise des menus. Il est rédigé par un(e) **diététicien(ne).**

A retourner par courrier électronique à : [daprp@carsat-ra.fr](mailto:daprp@carsat-ra.fr)

Ou par voie postale à :

Carsat Rhône-Alpes

Direction de l'Action Sociale

Département Projets et Partenariats

69436 LYON CEDEX 03