******FICHE-PROJET**

**habitat inclusif**

**APPEL A CANDIDATURES (« FORFAIT HABITAT INCLUSIF »)**

**A remplir par les porteurs de projet candidats :**

**Il est mentionné sur cette fiche plusieurs pièces à joindre au dossier, mais les éléments permettant la complétude du dossier sont listés dans l’avis d’appel à candidatures.**

# 1 – Porteur

**Nom du porteur :**

**Statut juridique :**

**Date de création :**

**Gestionnaire d’ESMS : oui** [ ]  **non** [ ]

**Si oui préciser lesquels :**

**Personne en charge du projet :**

**Nom :**

**Prénom :**

**Fonction :**

**Téléphone :**

**Mail :**

# – Projet

## Principales caractéristiques

**Type de logement (logements individuels, partagé, regroupés ou non...) :**

*Décrire*

**Présence d’un espace commun partagé** : **oui** [ ]  **non** [ ]

**Si oui précisez :**

**Nombre d’usagers concernés :**

**Public**:

**Département :**

**Localisation :**

**Décrire l’environnement des logements/ressources du territoire** (transports, commerces, accès aux loisirs…)**:**

**(si logements disséminés, précisez la distance) :**

**Niveau de réalisation :** [ ]  **Habitat déjà disponible**

[ ]  **Habitat en fin de construction**

***Si projet déjà ouvert, préciser l’année d’ouverture***

***Si projet en cours, préciser le calendrier prévisionnel de livraison (étapes, prévision de montée en charge) :***

## Principales modalités de mise en œuvre

### Montage du projet

**Préciser le montage juridique et financier (colocation, sous-location, intervention d’un bailleur public, opérateur privé …) :** *10 lignes maximum*

**Principaux éléments architecturaux (disponibilité du bâtiment, travaux nécessaires, localisation, locaux communs etc…) :**

*10 lignes maximum*

**Principaux éléments financiers (investissement financier nécessaire, aides sollicitées, faisabilité…) :**

*5 lignes maximum*

### Fonctionnement du projet et missions

**Mutualisation de la PCH : oui** [ ]  **non** [ ]  **Mutualisation de l’APA : oui** [ ]  **non** [ ]

**Principales missions d’habitat inclusif vis-à-vis de l’usager (principes d’action, philosophie du projet) :**

*15 lignes maximum*

**Principaux aspects du projet de structure et des projets de vie (activités, liens avec l’extérieur, place des familles, liens avec les professionnels de santé de ville…)***15 lignes maximum*

### Partenariats et conventionnement

**Partenariats envisagés, degrés de formalisation :**

**Joindre les lettres d’intention, conventions**

### Moyens humains

**Détailler les missions du poste financé par l’aide spécifique forfaitaire et le profil envisagé (***10 lignes maximum)*

## Budget et éléments financiers

**Financements déjà obtenus pour le projet :**

**Détailler l’affectation de l’aide spécifique forfaitaire de 60 000 € dans le budget global annuel (joindre un budget prévisionnel) :**

*5 lignes maximum*

**Détailler les besoins en investissement sur le projet :**

*Le Département envisage d’apporter une aide financière aux projets d’habitat inclusif sur des dépenses d’investissement selon les trois axes présentés dans le tableau ci-dessous. Aussi, il est demandé au porteur d’indiquer ces besoins sur ces trois axes et d’y associer les justificatifs s’y rapportant (devis, budget en annexe du dossier…) :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Axes d’intervention financière** | **Objet de la dépense** | **Plus-value pour l’usager et accompagnement à l’utilisation** | **Montant** |
| **Domotique** |  |  |  |
| **Habitat connecté** |  |  |  |
| **Aménagement d’espaces collectifs adaptés**  |  |  |  |

**Détailler les besoins, s’il y a lieu, de besoins en financement par la MSA :**

*- Dépenses immatérielles nécessaires à la mise en œuvre du projet*

*- Dépenses d’investissement pour la réalisation immobilière*

*-Dépenses de petits équipements et matériels directement rattachés au projet*



Les informations recueillies vous concernant font l’objet d’un traitement informatique, destiné à instruire la demande. Les données collectées (nom – prénoms – coordonnées) sont transmises à l’Agence régionale de santé, coresponsable de traitement avec le Département des Alpes-Maritimes, dans le cadre de l’appel à candidature et conformément l’article 6.1.e du Règlement général sur la protection des données (exécution d’une mission d’intérêt public)

Les données enregistrées sont celles des formulaires et n’ont pas pour finalité une prise de décision automatisée.

Les informations enregistrées sont destinées aux services instructeurs du Département et ne sont communiquées, qu’aux destinataires dument habilités et intervenant strictement dans le cadre de votre dossier, à savoir : le service instructeur du Département des Alpes maritimes et l’Agence régionale de santé.

Les données enregistrées sont conservées conformément aux prescriptions des archives départementales.

Conformément aux article 39 et suivants de la loi « informatique et libertés » du 06 janvier 1978 modifiée, vous bénéficiez d’un droit d’accès, de rectification aux informations qui vous concernent- Vous pouvez également définir le [sort de vos données après votre décès](https://www.cnil.fr/fr/ce-que-change-la-loi-pour-une-republique-numerique-pour-la-protection-des-donnees-personnelles#mortnumerique) , en vous adressant, par voie postale, au Délégué à la Protection des Données – Département des Alpes-Maritimes – B.P. n° 3007 06201 Nice Cedex 3 ou par mail à donnees\_personnelles@departement06.fr. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement des données vous concernant, sauf si ce droit a été écarté par une disposition législative.

Au moment de l’entrée en vigueur du Règlement Européen sur la Protection des données (RÈGLEMENT (UE) 2016/679) le 25 mai 2018, tout usager aura le droit

* De s’opposer au profilage
* De demander la limitation du traitement
* D'introduire une réclamation auprès d'une autorité de contrôle (En France : CNIL : 3 Place de Fontenoy - TSA 80715 - 75334 PARIS CEDEX 07 - Tél : 01 53 73 22 22. [www.cnil.fr](http://www.cnil.fr/) )