

Fiche projet d'inclusion Alsh

Demande d'aide au renfort d'encadrement

Formulaire à retourner, complété et signé à la coordinatrice du Pôle Ressource Handicap (Prh) :

- Via l'adresse électronique suivante : lucie.drillon@charente-maritime.fr

Type de demande :

☐ Première demande

☐ Renouvellement

Les demandes concernent une durée de 1an, renouvelable une fois

Partie réservée aux partenaires

1. Structure accueillante et gestionnaire :

Organisme :

Bonus complément inclusif : ☐ Oui ☐ Non

Précisez les finalités du bonus inclusif :

Personne référente du dossier dans la structure :

Nom, prénom : Contact :

2. Caractéristiques des enfants concernés, besoins identifiés et organisation de l'accueil

Profil du (des) enfant(s) accueilli(s) : (décrire les situations, en fonction du degré de connaissance)

	Présentations générales (caractéristiques de l'enfant)	Fonctionnements (réactions et adaptations diverses)	Ressources (éléments facilitant l'accueil)	Eléments pertinents pour favoriser un accueil adapté (rituels, outils, etc.)
1^{er} enfant				
2^{ème} enfant				
3^{ème} enfant				
4^{ème} enfant				

Pour plus d'enfants : merci de compléter sur un document séparé

Motifs constatés ou anticipés justifiant de l'aide à l'adaptation : (sécurité, aide à la vie quotidienne, aide à la socialisation, etc...)

.....
.....

Partenariats noués pour préparer l'accueil et dynamique institutionnelle : (parents, acteurs éducatifs, référent handicap...)

.....
.....

Aménagements prévus pour favoriser l'inclusion :

.....
.....

3. Période de la demande et estimation prévisionnelle du renfort d'encadrement

Date de début de la demande :

Date de fin de la demande :

Nombre d'heures prévisionnelles par enfant :

	Nombre d'heures prévisionnelles	Coût supplémentaire prévisionnel
1er enfant		
2ème enfant		
3ème enfant		
4ème enfant		

Pour plus d'enfants : merci de compléter sur un document séparé

Partie réservée au PRH

Avis du PRH :

.....
.....
.....
.....

Date :

Signature :

Partie réservée à la Caf

Avis technique pour une aide financière sur fonds locaux (racine spécificité 8160)

Nom du Gestionnaire Conseil Caf :

Calcul de l'aide :
.....

Date :

Signature Direction :

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.114-13 du Code de la Sécurité sociale - Article 441.1 du Code pénal). La Caf vérifie l'exactitude des déclarations.

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites à ce formulaire. Elle vous garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès du Directeur de la Caisse d'Allocations Familiales qui verse les prestations.