

## Dispositif

# « PLAN D'INVESTISSEMENT POUR L'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT (PIAJE) »

## ETABLISSEMENT D'ACCUEIL DU JEUNE ENFANT

### Demande d'Aide financière

Ce Fonds fait l'objet d'une circulaire Cnaf n° 2018-003 du 5 décembre 2018 applicable au 1er janvier 2019.

Le formulaire suivant doit être renvoyé, accompagné des fichiers Excel « Budget prévisionnel d'investissement » et « Budgets prévisionnels de fonctionnement » ainsi que des pièces justificatives listées à la fin du formulaire, par courriel sous format PDF, à l'adresse suivante :

[action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr](mailto:action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr)

Les demandes doivent être adressées avant le début de la réalisation du projet. Aucune facture antérieure à la date de décision de la Commission d'action sociale (Cas) ne sera prise en compte.

L'examen des dossiers par la Cas sera effectué en fonction de la date de leur dépôt.

- **Les demandes transmises avant le 30 avril seront étudiées au cours du 1<sup>er</sup> semestre.**
- **Les demandes transmises entre le 1<sup>er</sup> mai et le 30 septembre seront étudiées dans le trimestre suivant la date de leur dépôt et au regard des disponibilités budgétaires.**
- **Les demandes transmises après le 1<sup>er</sup> octobre seront étudiées l'année suivante.**

*Attention :*

- *Tout dossier ne comportant pas de tampon et signature ne sera pas examiné*
- *Compléter un dossier de demande par structure*
- *Tout projet doit être cofinancé à hauteur de 20% minimum ; la subvention accordée par la Caf ne peut pas représenter plus de 80% du coût total du projet.*

## INFORMATION SUR LE PORTEUR DE PROJET ET LE GESTIONNAIRE

### IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

Désignation/Nom (dénomination développée sans abréviation) : .....

Sigle (acronyme) :: .....

Statut juridique : (1 seule réponse possible) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Association        | <input type="checkbox"/> Commune                           |
| <input type="checkbox"/> Intercommunalité   | <input type="checkbox"/> Entreprise (préciser le statut) : |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |  |

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Site internet : .....



**REPRESENTANT LEGAL**

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... Mail : .....

**PERSONNE A CONTACTER, REFERENT DU PROJET**

Nom et Prénom : .....

Fonction : .....

Tél. : ..... Mail : .....

**IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE DE L'ÉTABLISSEMENT** (à compléter si le gestionnaire est différent et connu du porteur de projet)

Désignation/Nom (dénomination développée sans abréviation) : .....

Sigle (acronyme) :: .....

Statut juridique : (1 seule réponse possible) :

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Association        | <input type="checkbox"/> Commune                           |
| <input type="checkbox"/> Intercommunalité   | <input type="checkbox"/> Entreprise (préciser le statut) : |
| <input type="checkbox"/> Autre (préciser) : |  |

Adresse : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Site internet : .....

***Si le gestionnaire de l'établissement est différent du porteur de projet, précisez la nature du lien entre le porteur du projet et le gestionnaire ? (filiale, délégation de service public,...).***

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

## PRÉSENTATION DU PROJET

### DIAGNOSTIC :

*Rappel : Le diagnostic est composé d'un état de lieux ainsi que d'un diagnostic partagé. L'état des lieux correspond au recueil de données qui concerne la connaissance du territoire (description géographique, contexte économique, cadre de vie, ressources locales) et de sa population (nombre d'habitants, âges, situation économique des foyers, cultures...). Il s'agit d'éléments descriptifs. Le diagnostic partagé est une démarche d'enquête et d'analyse qui permet une meilleure identification de la situation locale et des besoins. La population et les partenaires locaux sont associés à la démarche. Certaines données peuvent être sollicitées auprès de la Caf.*

**Quel est le territoire du projet ?** (Préciser l'échelle territoriale : quartiers, commune, intercommunalité,...).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Veillez insérer ici une carte du territoire concerné :**

**Quelles sont les modalités de recueil de données mises en œuvre pour réaliser votre diagnostic ?**

*(Méthodes et outils de recensement des besoins : enquêtes, questionnaires, ... nombre diffusé et nombre retourné, modalités de diffusion...).*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Avez-vous associé des partenaires pour la réalisation de votre diagnostic ?**

OUI  NON

*Si oui, préciser lesquels. (Nom de la structure, champ d'activité et nature du partenariat).*

.....

.....

.....

.....

**Avez-vous associé les familles :**

OUI  NON

*Si oui, préciser :*

.....

.....

.....

.....

**Veillez présenter les caractéristiques socio-démographiques du territoire :**

*(Nombre d'habitants, nombre d'enfants de - 3 ans, nombre de naissances annuelles, taux de chômage/taux d'emploi, taux d'emploi féminin, temps plein/temps partiel, pyramide des âges, typologie des familles, répartition des familles en fonction des revenus, perspectives d'évolutions démographiques...).*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**Veillez présenter les caractéristiques socio-économiques du territoire :**

*(Commerces et services existants, habitat, cadre de vie, bassins d'emploi, lieux de travail, moyens de transports et flux de déplacements domicile-travail, perspectives d'évolution économique,...).*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Quelle est l'offre existante sur le territoire concerné ?**

*(Nombre de places en Eaje, nombre d'assistants maternels actifs, nombre de Ram, distances du territoire du projet aux modes d'accueil existants, nombre d'enfants gardés par les différents modes d'accueil, les horaires d'ouverture, les horaires atypiques, la possibilité d'accueillir des enfants porteurs de handicap au sein des établissements, existence de partenariats,...).*

---

---

---

---

---

---

---

---

**Quels sont les besoins identifiés ? :** *(Besoins repérés par les professionnels, demandes exprimées par la population, ou par des entreprises. Besoin de modes d'accueils réguliers, occasionnels, volumes d'heures, horaires d'ouverture, difficultés rencontrées par les familles pour trouver un mode d'accueil, distances domicile-modes d'accueils souhaités,...).*

---

---

---

---

---

---

---

---

**L'offre existante en mode d'accueil est-elle suffisante au regard des besoins des familles ?**

OUI       NON

**Préciser :**

---

---

---

---

---

---

---

---

## DESCRIPTIF DU PROJET

### CARACTÉRISTIQUES DU MODE D'ACCUEIL

**Nature de l'établissement :**

- Multi-accueil                       Crèche  
 Crèche d'entreprise               Service d'accueil familial :  
 Micro-crèche :     PSU     Paje

**Si mode Paje, veuillez préciser la tarification qui sera appliquée.**

*Les structures fonctionnant en mode Paje doivent pratiquer une tarification modulée en fonction des ressources pour toutes les familles et le taux horaire ne devra pas dépasser 10 €. Cette tarification comprend obligatoirement l'ensemble des services : heures de garde, couches, repas, produits d'hygiène, entretien, activités,...*

**Veuillez insérer ici, le tableau de la tarification modulée :**

**Est-ce que cette tarification sera publiée en ligne ou affichée au sein de la crèche ?**

- OUI                                       NON

**Coordonnées de l'établissement :**

Nom : .....

Code postal : ..... Ville : .....

Tél. : .....

Nombre de places : .....

	Nombre de places existantes	Nombre de places créées	Capacité d'accueil totale
<input type="checkbox"/> <b>Création</b> (uniquement des places nouvelles, pas d'existant)			
<input type="checkbox"/> <b>Extension</b> (adresse de l'existant inchangée avec une augmentation de 10% minimum de places nouvelles)			
<input type="checkbox"/> <b>Transplantation</b> (changement d'adresse et augmentation de 10% minimum de places nouvelles par rapport à l'existant)			



Prévoyez-vous de vendre des places à des entreprises ?

- OUI  NON

Si oui, préciser combien de places au total :

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

Est-ce que des places sont déjà vendues ?

- OUI  NON

Si oui, préciser le nombre de places, les entreprises, les communes ou intercommunalités concernées. Rappel : si votre projet de création de crèche est porté par une association ou une entreprise, 50% des places créées doivent faire l'objet d'une pré-réservation.

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

Si votre projet concerne une crèche de personnel : combien de places réservez-vous pour le personnel et combien seront ouvertes sur l'extérieur ? Précisez l'organisation mise en place.

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

Rappel : les crèches de personnel doivent remplir la condition d'ouverture sur l'extérieur définie à 10% afin de bénéficier de la subvention d'investissement et de la Psu.

CALENDRIER DU PROJET ET DES TRAVAUX :

Table with 2 columns: Label (Date prévisionnelle de démarrage/fin/ouverture) and empty space for input.

FONCTIONNEMENT

Quels seront les jours et les horaires d'ouverture ? :

- LUNDI  MARDI  MERCREDI  JEUDI  VENDREDI
de..... de..... de..... de..... de.....
à..... à..... à..... à..... à.....



Quelle est la tranche d'âge des enfants accueillis ? .....

Allez-vous fournir :

- Les couches
- Les repas
- Les produits d'hygiène
- Autres : .....

Quels seront vos critères d'attribution des places ? (Lieu de résidence et/ou de travail, familles monoparentales, en fonction du revenu, fratrie,...).

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

Ont-ils été définis de manière collégiale dans le cadre d'une commission d'attribution des places ?

- OUI
- NON

Est-ce que la structure sera accessible aux enfants ou familles en situation de handicap au sein du bâtiment ou des activités développées ? Précisez.

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

Qu'avez-vous prévu dans votre projet afin de permettre l'accessibilité à tous ? (Pour les familles à revenus modestes, en insertion professionnelle, enfants présentant une pathologie particulière ou une fragilité).

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





**LOCALISATION ET BÂTI**

**Quel est le lieu d'implantation de l'établissement ?** (*quartier, centre-ville, zone commerciale, QPV,...*)

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

**Pour les micro-crèches (Paje et Psu), précisez si elle est implantée à la même adresse ou mitoyenne d'une autre micro-crèche, et si une partie des ressources est mutualisée (locaux, personnel) ?**

- OUI       NON

**Quels sont les points forts et les points faibles de ce lieu d'implantation ?**

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

**Pour les porteurs de projet privés, avez-vous sollicité l'avis de la collectivité territoriale compétente en matière de petite enfance ?**

- OUI       NON

*Si oui, avez-vous eu l'accord d'un soutien financier ?*

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

**Pouvez-vous préciser le type de bâtiment ainsi que la nature des travaux à effectuer ?** (*Achat d'un terrain, construction d'un bâtiment ou rénovation d'un local, location avec aménagement...*).

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



**Est-ce que des travaux de gros œuvre sont prévus ? Si oui, lesquels ?**

- |  |  |  |  |                                    |
|--|--|--|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Étude de sol              | <input type="checkbox"/> Assainissement      | <input type="checkbox"/> Soubassement                    | <input type="checkbox"/> Plancher              | <input type="checkbox"/> Élévation |
| <input type="checkbox"/> Toiture                   | <input type="checkbox"/> Construction        | <input type="checkbox"/> Fondations spéciales            | <input type="checkbox"/> Terrassement          | <input type="checkbox"/> Dallage   |
| <input type="checkbox"/> Voierie et réseaux divers | <input type="checkbox"/> Ravalement          | <input type="checkbox"/> Étanchéité                      | <input type="checkbox"/> Aire de stationnement |                                    |
| <input type="checkbox"/> Démolition                | <input type="checkbox"/> Couverture, réseaux | <input type="checkbox"/> Menuiseries extérieures, volets | <input type="checkbox"/> Autres                |                                    |

**Est-ce que les travaux de gros œuvre prévus permettent de s'engager dans une démarche respectueuse de l'environnement et d'obtenir les labels Haute qualité environnementale (Hqe) ou Bâtiment basse consommation (Bbc) ?**

- HQE       BBC

**Quelle est la superficie de l'établissement ? :**

- Intérieure : ..... - Extérieure : .....

**Pouvez-vous détailler l'aménagement de l'établissement ? (Espaces extérieurs, répartition des espaces intérieurs,...).**

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

**Est-ce que les locaux ainsi que les plans de l'aménagement sont validés par la Pmi ?**

- OUI       NON

*Si non, précisez.*

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

**COMMUNICATION**

**Comment envisagez-vous de communiquer sur le projet d'ouverture de l'établissement ?**

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

## VIABILITÉ FINANCIÈRE DU PROJET

Précisez l'occupation de l'établissement pour ces trois prochaines années :

	Année N	Année N+1	Année N+2
Nombre de places Pmi (a)			
Nombre de jours d'ouverture (b)			
Amplitude d'ouverture journalière ©			
Capacité théorique ( = a x b x c )			
Nombre d'heures facturées			
Taux d'occupation = nombre d'heures factu- rées/capacité théorique			

Analyser l'évolution de l'occupation de l'établissement.

## BUDGET PRÉVISIONNEL DE FONCTIONNEMENT

Analyser l'évolution des dépenses et des recettes sur la base des budgets prévisionnels de fonctionnement de ces 3 prochaines années.

.....

.....

.....

Pour les projets portés par une association ou une entreprise :

- Précisez les partenaires financiers (collectivités, entreprises...)
- Précisez leurs participations financières au fonctionnement de l'établissement.  
(Réservation de places, versement d'une subvention de fonctionnement, d'une subvention d'équilibre...).

.....

.....

.....

### REEMPLIR LES IMPRIMÉS EN LIGNE DANS LA RUBRIQUE....

Informations complémentaires (Vous pouvez ajouter toutes informations complémentaires concernant le projet, l'établissement) : .....

.....

## BUDGET PRÉVISIONNEL D'INVESTISSEMENT

IMPORTANT : Le montant total des financements accordé ne peut excéder 80% de la dépense d'investissement. L'ensemble des recettes ne peut excéder 100% du coût de l'investissement. Les dépenses prises en compte sont celles qui, une fois réalisées, constitueront des dépenses d'investissement amortissables (compte 2) et non des charges de fonctionnement (compte 6). Les coûts doivent être précisés hors taxe (HT) pour une collectivité, et toutes taxes comprises (TTC) pour une association ou une entreprise. Le plan de financement doit être présenté équilibré.

### REEMPLIR LES IMPRIMÉS EN LIGNE DANS LA RUBRIQUE....

<http://www.caf.fr/partenaires/caf-du-gard/partenaires-locaux/vous-etes-gestionnaire-de-structure-0/vous-souhaitez-demander-une-subvention-de-fonctionnement-ou-d-investissement>

## DECLARATION SUR L'HONNEUR DU DEMANDEUR

Le responsable légal certifie exacts les renseignements joints à l'appui de la présente demande et accepte de communiquer à la Caf, tout document complémentaire destiné à les vérifier.

Il s'engage à permettre à la Caisse d'allocations familiales d'opérer tout contrôle qu'elle jugera nécessaire sur les aides octroyées (réalisation effective de l'opération, affectation des montants dépensés).

Je soussigné(e) Nom, Prénom, fonction : .....

Représentant(e) légal(e), atteste sur l'honneur que l'organisme que je représente est en règle au regard des obligations fiscales et sociales, et certifie exactes les informations portées sur cette demande.

Fait à : ..... Le : .....

Signature,

Cachet du demandeur,

## PIÈCES JUSTIFICATIVES À TRANSMETTRE

### Pièces justificatives relatives à la qualité du gestionnaire

#### ASSOCIATIONS-MUTUELLES-COMITÉS D'ENTREPRISE

- Existence légale
  - Pour les associations : récépissé de déclaration en Préfecture
  - Pour les mutuelles : récépissé de demande d'immatriculation au registre national des mutuelles
  - Pour les comités d'entreprise : procès-verbal des dernières élections constitutives
- Numéro SIREN/SIRET
- Statuts
- Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly)
- Capacité du contractant. Liste datée des membres du conseil d'administration et du bureau
- Pérennité (opportunité de signer)
- Compte de résultat et bilan (ou éléments de bilan) relatifs à l'année précédant la demande (si existence de l'association en N-1).

#### COLLECTIVITÉS TERRITORIALES-ETABLISSEMENTS PUBLICS

- Arrêté préfectoral portant création d'un Epci et détaillant le champ de compétence
- Numéro SIREN/SIRET
- Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les champs de compétence)
- Relevé d'identité bancaire

#### ENTREPRISES-GROUPEMENTS D'ENTREPRISES

- Extrait Kbis du registre du commerce délivré et signé par le greffier du Tribunal de commerce, datant de moins de 3 mois
- Numéro SIREN/SIRET
- Statuts
- Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly)
- Compte de résultat et bilan (ou éléments de bilan) relatifs à l'année précédant la demande (si existence de l'association en N-1).

#### PIÈCES JUSTIFICATIVES AU TITRE DE L'INVESTISSEMENT

- Descriptif de l'opération indiquant, notamment les motifs, le lieu d'implantation et son opportunité géographique
- Justificatif relatif aux conditions d'occupation du terrain d'implantation et/ou conditions d'occupation des locaux (photocopie du titre d'occupation du terrain ou des locaux, certificat de propriété...)
- Budget prévisionnel de la 1ère année de fonctionnement de la structure financée après réalisation de l'opération
- Nombre prévisionnel d'équivalent temps plein créé par poste d'animateur