

## Dispositif

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

## MAISON D'ASSISTANT MATERNEL

### Demande d'Aide financière

Ce fonds fait l'objet d'une circulaire Cnaf n° 2021-009 du 2 juin 2021 applicable au 1er janvier 2021.

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) :

- Association
- Commune
- Intercommunalité
- Entreprise (préciser le statut) :
- 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 Rpe, 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 : Maison d'Assistants Maternels

Coordonnées de l'établissement :

.....

.....

Nom de la Mam : .....

Adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Tél. : .....

Mail : .....

### NOMBRE D'ASSISTANTS MATERNELS CONSTITUANT LA MAM

	Assistant maternel	Assistant maternel	Assistant maternel	Assistant maternel	Assistant maternel	Assistant maternel	TOTAL
Nombre de places agréées							

	Nombre de places d'accueil agréées	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)			



**CALENDRIER DU PROJET ET DES TRAVAUX :**

Date prévisionnelle de démarrage des travaux	
Date prévisionnelle de fin des travaux	
Date prévisionnelle d'ouverture au public	

**FONCTIONNEMENT**

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

<input type="checkbox"/> LUNDI	<input type="checkbox"/> MARDI	<input type="checkbox"/> MERCREDI	<input type="checkbox"/> JEUDI	<input type="checkbox"/> VENDREDI	<input type="checkbox"/> SAMEDI
de.....	de.....	de.....	de.....	de.....	de.....
à.....	à.....	à.....	à.....	à.....	à.....

**AUTRE(S) MODALITES D'ACCUEIL :**.....  
.....

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

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 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, rurale, QPV,...*)

.....

.....

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

.....

.....

**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...*).

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....





**Quelle est la superficie de la Mam ?**

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

**Pouvez-vous détailler l'aménagement de la Mam ? (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 la Mam ?**

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



## 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.

**REPLIR LES IMPRIMÉS EN LIGNE DANS LA RUBRIQUE....**

<http://www.caf.fr/partenaires/caf-du-gard/partenaires-locaux/le-plan-d-investissement-pour-l-accueil-du-jeune-enfant-piaje>

## 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
- Liste datée des membres du conseil d'administration et du bureau
- Relevé d'identité bancaire, postal ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide, ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly)
- Attestations d'agrément de chaque assistant maternel constituant la Mam
- Attestation de formation de chaque assistant maternel constituant la Mam
- Charte de Qualité Mam dûment datée et signée par chacun des assistants maternels constituant la Mam
- Projet d'accueil, charte de fonctionnement et règlement interne de la Mam
- Attestation sur l'honneur de l'expérience antérieure de 2 ans de l'un au moins des assistants maternels
- Coordonnées de chacun des assistants maternels exerçant dans la Mam (nom, prénom, adresse de la personne, tél fixe et portable, adresse mail)

#### **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...)
- Plan de financement prévisionnel - investissement