Acte de candidature - Accompagnement à la mise en place d’une PCF

Ce formulaire vous permet d’introduire au Fonds 4S une demande visant à bénéficier d’un accompagnement à la **mise en œuvre ou l’amélioration de la politique concertée de formation (PCF) de votre asbl**.

Les frais liés à cet accompagnement sont entièrement pris en charge par le Fonds 4S. Aucun montant n’est comptabilisé dans le budget maximum autorisé (BMA) de votre asbl.

Il vous revient de **choisir** :

* La **durée** de l’accompagnement
* **L’opérateur qui vous accompagnera** dans la démarche. Cet opérateur est à choisir parmi les opérateurs qui sont conventionnés par le Fonds dans votre région ou province.

Ce formulaire doit nous être transmis par mail à fonds-4S@apefasbl.org. Le Fonds vous informera de sa décision **au plus tard 15 jours après la réception** de cet acte de candidature.

Pour plus d’informations concernant cette action et pour prendre connaissance de nos conditions générales de soutien : [www.fonds-4s.org](file:///C%3A%5CUsers%5Ccba%5CAppData%5CLocal%5CTemp%5Cwww.fonds-4s.org)

Complétez le formulaire

FICHE SIGNALETIQUE DE VOTRE ASBL

Nom de votre association :

Numéro d’immatriculation ONSS :       Numéro d’entreprise :

Secteur d’activité :

Adresse :       Code postal :      Localité :

Tél :       E-mail général :

Je souhaite inscrire cet e-mail à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  Oui [ ]  Non

Numéro de compte bancaire : BE

Votre association est-elle assujettie à la TVA ? [ ]  Oui [ ]  Non

Cochez les réponses

Organe(s) de concertation sociale présent(s) au sein de votre association

[ ]  Conseil d’Entreprise (CE) [ ]  Délégation syndicale (DS)

[ ]  Comité pour la Prévention et la Protection au Travail (CPPT) [ ]  Aucun

Personne de contact

Nom :       Prénom :       Fonction :

E-mail :       Téléphone :

Je souhaite m’inscrire à la newsletter du Fonds 4S  [ ]  Oui [ ]  Non

Complétez le formulaire

Informations concernant Votre accompagnement

**Quelle est la durée de l’accompagnement que vous souhaitez mettre en place ?**

[ ]  6 heures [ ]  12 heures [ ]  18 heures [ ]  30 heures

Le Fonds 4S se réserve la possibilité de vous proposer une autre durée d’accompagnement, selon les caractéristiques de votre asbl (taille, etc.).

**Par quel opérateur souhaitez-vous être accompagné ?**

Il vous est proposé de choisir un opérateur conventionné dans la région (/province) de votre asbl. Cochez ci-dessous la région géographique dans laquelle est située votre asbl, ainsi que l’opérateur choisi.

|  |  |
| --- | --- |
| **Région géographique du siège social de votre asbl** | **Opérateur choisi** |
| [ ]  Région bruxelloise | [ ]  Ancolie[ ]  PSDD |
| [ ]  Province du Brabant wallon | [ ]  Ancolie[ ]  PSDD[ ]  SOLFORM |
| [ ]  Province du Hainaut | [ ]  Ancolie[ ]  PSDD[ ]  SOLFORM |
| [ ]  Province de Liège | [ ]  Ancolie[ ]  LABSET (ULiège)[ ]  PSDD[ ]  Réseau d’entreprises sociales |
| [ ]  Province de Namur | [ ]  Ancolie[ ]  PSDD[ ]  Réseau d’entreprises sociales |
| [ ]  Province du Luxembourg | [ ]  Ancolie[ ]  PSDD |

**À quelle période souhaiteriez-vous mettre en place cet accompagnement ?**

La planification des dates précises se fera dans un second temps, lorsque l’opérateur prendra contact avec vous.

Entre le       et le      .

Signatures

En signant ce document, la direction et, si présent(s), le(s) représentant·e(·s) des travailleur·euse·s, attestent que les informations reprises dans ce formulaire sont exactes et conformes à la réalité.

La direction accepte les conditions générales de soutien fixées par le Fonds dans le cadre de cette action ([téléchargeables sur cette page](https://www.fonds-4s.org/politique-concertee/actions-outils-mise-en-place-pcf/accompagnement-operateur-conventionne/)).

* •

Complétez
le tableau

Direction

Nom :       Prénom :       Signature :

|  |
| --- |
| Représentation des travailleur·euse·s (s’il y a un organe de concertation sociale au sein de l’asbl) |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |
| Nom :       | Prénom :       | Syndicat :       | Signature :  |

TABLEAU DES ASBL IMPLIQUEES DANS LE PROJET

Vous demandez au Fonds un accompagnement commun à plusieurs asbl ? Il s’agit alors d’un **projet fédéré**.

Indiquez dans le tableau ci-dessous la liste des asbl impliquées dans le projet.

Si vous demandez un **financement pour des participant·e·s issu·e·s uniquement de votre asbl, passez directement à la page suivante**.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’association | Nombre de participant·e·s | N° ONSS | Personne de contact (nom/prénom) | E-mail de la personne de contact |
| 1 |       |       |       |       |       |
| 2 |       |       |       |       |       |
| 3 |       |       |       |       |       |
| 4 |       |       |       |       |       |
| 5 |       |       |       |       |       |
| 6 |       |       |       |       |       |
| 7 |       |       |       |       |       |

TABLEAU DES PARTICIPAnt·e·S à l’accompagnement (ISSU·e·S de votre asbl et des eventuelles asbl impliquees, cf. page précédente)

Ce tableau n’est pas une attestation de participation. Les données demandées permettent au Fonds de compléter les rapports d’activité demandés par le SPF Emploi.

Si vous ne disposez pas de suffisamment de place dans ce document, un fichier Excel est disponible sur notre site : <https://www.fonds-4s.org>

Ces informations sont traitées dans le respect de la vie privée de chacun.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’asbl | participant·e nom/prénom | Statut / contrat | Genre(F/M/X) | Niveau de diplôme | Nationalité | Date de naissance | Cat 1\* | Cat 2\*\* |
| 1 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 2 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 3 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 4 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 5 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 6 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 7 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 8 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 9 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |

\*Cat. 1 : cochez cette case si le·la participant·e a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupé·e au moment de son entrée en fonction dans l’asbl.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si le·la participant·e a une aptitude au travail réduite.

TABLEAU DES PARTICIPAnt·e·S à la formation (ISSU·e·S de votre asbl et des eventuelles asbl impliquees, cf. page précédente)

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| # | Nom de l’asbl | participant·e nom/prénom | Statut / CONTRAT | Genre(F/M/X) | Niveau de diplôme | Nationalité | Date de naissance | Cat 1\* | Cat 2\*\* |
| 10 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 11 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 12 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 13 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 14 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |
| 15 |       |       |  |       |  |  |       | [ ]  | [ ]  |

\*Cat. 1 : cochez cette case si le·la participant·e a moins d’un an d’ancienneté et était inoccupé·e au moment de son entrée en fonction dans l’asbl.

\*\*Cat. 2 : cochez cette case si le·la participant·e a une aptitude au travail réduite.