****

**2025**

**Demande d’aide financière à l’investissement**

***Dossier de demande à déposer avant le démarrage des travaux***

**Plan d’investissement pour l’accueil du jeune enfant (Piaje)**

**MAISON D’ASSISTANT MATERNEL**

**Demande à retourner sous format PDF à l’adresse suivante :**

 **action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr**

Ce fonds fait l’objet d’une circulaire Cnaf n° 2020-020 du 8 février 2024 applicable au 1er janvier 2024.

Le formulaire suivant doit être envoyé, accompagné des fichiers Excel « Budget prévisionnel d’investissement » et « Budgets prévisionnels de fonctionnement » ainsi que des pièces justificatives listées à la fin du formulaire.

*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.*

Identité du porteur de projet

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

**Sigle** (acronyme) :

**Statut juridique :**

[ ]  Collectivité territoriale [ ]  Association [ ]  CCAS

[ ]  Entreprise (préciser le statut) [ ]  Autre précisez : [ ]  Intercommunalité

Si statut associatif précisez le type et la date de publication de la création au Journal Officiel ainsi que le nombre d’adhérents :

Adresse :

Code postale : Ville :

**Informations générales :**

- Champs d’activités :

- Missions :

- N°SIRET :

**-** Rayonnement géographique**:**

[ ]  La commune [ ]  L’intercommunalité

[ ]  Le département [ ]  La région

[ ]  Autre précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| **Représentant légal** | **Référent du projet** |
| Nom :Fonction :Adresse :Tél :Mail : | Nom :Fonction :Adresse :Tél :Mail : |

Identité du gestionnaire de l’établissement

**A compléter si le gestionnaire est différent et connu du porteur de projet**

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

**Sigle** (acronyme) :

**Statut juridique :**

[ ]  Collectivité territoriale [ ]  Association [ ]  CCAS

[ ]  Entreprise (préciser le statut) [ ]  Autre précisez : [ ]  Intercommunalité

Si statut associatif précisez le type et la date de publication de la création au Journal Officiel ainsi que le nombre d’adhérents :

**Adresse** :

Code postale : Ville :

**Informations générales :**

- Champs d’activités :

- Missions :

- N°SIRET :

**-** Rayonnement géographique**:**

[ ]  La commune [ ]  L’intercommunalité

[ ]  Le département [ ]  La région

[ ]  Autre préciser :

***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,…).*

Le diagnostic - *identification du besoin au regard du contexte local*

|  |
| --- |
|  |
| Tous les projets d’accueil, quel que soit le statut du gestionnaire, requièrent une analyse de besoin et un diagnostic préalable. Une attention particulière sera portée aux établissements s’implantant dans les quartiers politique de la ville (**Qpv**) et les zones de revitalisation rurale (**Zrr**) en cohérence avec les orientations de la Cog 2023-2027. L’analyse de l’opportunité de soutenir le projet via le Piaje s’apprécie localement en cohérence avec le diagnostic, les orientations et les priorités définis par le **schéma départemental des services** **aux familles (Sdsf**) et avec tout schéma public local pluriannuel de maintien et de développement de l’offre d’accueil du jeune enfant prévoyant notamment les modalités de développement quantitatif et qualitatif ou de redéploiement des équipements et services d’accueil du jeune enfant, le cas échéant contractualisé dans le cadre de la **Convention territoriale globale (Ctg).** |
| **Quel est le territoire du projet ?** (Préciser l’échelle territoriale, quartiers, commune, intercommunalité, …) |
| **Veuillez 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 :*****Veuillez 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…).***Veuillez présenter les caractéristiques socio-économiques du territoire :***(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…).***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 :******□*** *Multi-accueil □ Crèche**□ Crèche d’entreprise □ Service d’accueil familial :**□ Micro-crèche : PSU* *□ Maison Assistants Maternels****Coordonnées de l’établissement :****Nom : ..............................................................................................................................................................................................................................................................................................**Code postal : ........................................................ Ville : ....................................................................................................................................**Tél. : ...**......................................................................**Nombre de places* ***: .......................................******Nombre d’assistants maternels constituant la Mam :***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | ***Ass.Mat*** | ***Ass.mat***  | ***Ass.mat***  | ***Ass.mat***  | ***Ass.mat*** | ***Ass.mat*** | ***TOTAL*** |
| ***Nombre de places agrées*** |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | ***Nombre de places existantes*** | ***Nombre de places créées*** | ***Capacité d’accueil totale*** |
| ***□ Création*** |  |  |  |
| ***□ Extension (adresse de l’existant inchangé)*** |  |  |  |
|  ***□ Transplantation (changement d’adresse)*** |  |  |  |

***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.*** ***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 :***

|  |  |
| --- | --- |
| ***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 ? :******□*** *LUNDI □ MARDI □ MERCREDI □ JEUDI □ VENDREDI* *de............ de............ de........... de............ de............* *à.............. à.............. à.............. à.............. à.............****AUTRE(S) MODALITES D’ACCUEIL :…………………………………………………………………………….******……………………………………………………………………………………..******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 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 ?*** □ **Construction** □ **Extension** □ **Isolation**  □ **Charpente**□ **Couverture** □ **Fondations spéciales** □ **Terrassement** □ **Voierie et réseaux divers**  □ **Ravalement**  □ **Étanchéité** □ **Aire de stationnement, dallages**□ **Démolition** □ **Menuiseries extérieures, vole** □ **Branchement (eau, gaz électricité, tél, …)*****Energie****:*□ **Photovoltaïque** □ **Domotique**  □ **Récupérateur d’eau**  **Majoration « développement durable »** ***Les projets éligibles à cette majoration respectent les conditions cumulatives suivantes****:** *ils bénéficient de la majoration « gros œuvre » du Piaje ;*
* *ils obtiennent à l’issue des travaux l’un des labels ou certificats figurant dans la liste détaillée des labels et certificats éligibles communiquée par Information technique et disponible sur le caf.fr. La liste applicable est celle disponible au moment où le dossier est présenté complet à la Caf.*

**La structure sera-t-elle labellisée** ? □ OUI □ NON ***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*** **C*omment 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*** |
| ***Nbre de places Pmi (a)*** |  |  |  |
| ***Nbre de jours d’ouverture (b)*** |  |  |  |
| ***Amplitude d’ouverture journalière ©*** |  |  |  |
| ***Capacité théorique******(=axbxc)*** |  |  |  |
| ***Nbre d’heures facturées*** |  |  |  |
| ***Taux d’occupation = nbre d’heures facturées/capacité théorique*** |  |  |  |

***Analyser l’évolution de l’occupation de l’établissement***BUDGET PREVISIONNEL 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…).*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.*DECLARATION SUR L’HONNEUR DU DEMANDEURLe 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).□ 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…) □ Budget prévisionnel de la 1ère année de fonctionnement de la structure financée après réalisation de l’opération ***Nouveautés* :*****ANNEXE 5. Modèle de l’attestation sur l’honneur*****ATTESTATION SUR L'HONNEUR**Afin de garantir leur intégrité et de prévenir les fraudes, les bénéficiaires des subventions de la branche signent une attestation de probité et de non-condamnation. Je soussigné(e) : [Prénom] [Nom]né(e) le : [Date de naissance] à [Lieu de naissance]demeurant : [Adresse][Code postal] [Commune]déclare : * - n’avoir été l’objet d’aucune condamnation pénale ni de sanction civile ou administrative de nature à m’interdire de gérer, administrer, diriger ou contrôler une personne morale, ou d’exercer une activité commerciale ;
* - n’avoir pas été frappé de faillite personnelle ou d’autre sanction en application du titre VI de la loi n° 85-98 du 25 janvier 1985 relative au redressement et à la liquidationjudiciaire des entreprises ou, dans le régime antérieur à cette loi, en application du titre II de la loi n° 67-563 du 13 juillet 1967 sur le règlement judiciaire, la liquidation des biens, la faillite personnelle et les banqueroutes.

Fait pour servir et valoir ce que de droit.[Lieu de signature]*,* le [Date de signature].[ Signez ici ][Prénom et nom du déclarant] |

***ANNEXE 6. Modèle de la déclaration d’intérêts***

La branche Famille s’abstient de subventionner toute entité placée dans une situation qui conduirait à dévoyer l’objet des fonds versés.

Dans ce cadre, la présente déclaration vise à prévenir tout risque de dévoiement de la subvention ou de refacturation abusive.

A cet effet, sont déclarés les liens d’intérêts de toute nature entre le demandeur de la subvention et des tiers qui sont de nature à dévoyer ou paraître dévoyer l’usage de la subvention versée.

La déclaration doit être signée personnellement et chaque page doit être paraphée.

Je soussigné(e) : [Prénom] [NOM], [qualité]

Reconnais avoir pris connaissance de la demande de déclarer tout lien d'intérêts direct ou par personne interposée avec les entreprises, établissements ou organismes public ou privé :

* exploitants ultérieurs de la structure financée ;
* entités propriétaires du bâtiment sur lequel elle est implantée.

Déclaration :

1° Déclaration des liens matériels, directs ou indirects :

Le demandeur est-il lié à l’entité propriétaire des murs ? [ ]  OUI [ ]  NON

Le demandeur est-il lié au gestionnaire ultérieur de la structure ? [ ]  OUI [ ]  NON

Dans l’affirmative, veuillez préciser lesquels, notamment les points ci-après :

* Les participations financières directes éventuellement détenues dans le capital du propriétaire ou du gestionnaire ;
* L’appartenance à un même groupe de sociétés que le propriétaire ou le gestionnaire ;
* L’existence d’une gestion commune avec le propriétaire ou le gestionnaire, en particulier une participation aux organes dirigeants du propriétaire ou du gestionnaire ;
* L’exercice d’une activité rémunérée ou donnant lieu à gratification pour le compte du propriétaire ou du gestionnaire, ou au sein de la structure dans le cadre d’une Maison d’assistant maternel.

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

2. Déclaration des liens familiaux

Le demandeur est-il détenu intégralement ou partiellement par une personne physique entretenant des liens familiaux avec une personne physique qui détient ou gère la personne morale en charge de l’exploitation, ou le propriétaire des murs ?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Dans le cas d’un projet de Mam :

Le demandeur est-il détenu intégralement ou partiellement par une personne physique entretenant des liens familiaux avec un ou plusieurs professionnels ayant vocation à travailler au sein de l’établissement ?

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

3. Autre lien susceptible de présenter un risque de dévoiement de la subvention versée :

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

Je soussigné(e), \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ certifie sur l’honneur l’exactitude des renseignements indiqués dans la présente déclaration ;

Fait le

Signature