# REMBOURSEMENT FRAIS D’INSCRIPTION MAISONS MEDICALES ASI WALLONNES

# FORMATIONS POUR TRAVAILLEUR·EUSE·S: APPEL A PROJET BUDGET RESIDUEL AVIQ

#  2024

Ce formulaire est destiné aux Maisons Médicales ASI wallonnes agréées par l’AVIQ.

Une fédération d’employeurs peut introduire une demande au nom de Maisons Médicales ASI wallonnes et une organisation syndicale en faveur des travailleur·euse·s de Maisons Médicales ASI wallonnes.

1. **DONNEES DE L’ORGANISATION QUI INTRODUIT LA DEMANDE**

**Nom de l’organisation :**

Rue et n° :

Code postal : Commune :

Commission paritaire :

N° BCE (n° d’entreprise) : [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ]

N° ONSS : [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]

N° de compte bancaire IBAN : BE[ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]  [ ] [ ] [ ] [ ]

**Personne de contact :**

Fonction :

Téléphone : Email :

**Nombre de travailleur·euse·s  :** En ETP :

 Personnes physiques :

1. **LA FORMATION / JOURNEE D’ETUDE**

Notez ici le titre, et indiquez dans le tableau ci-dessous de quel thème il s’agit. Celui-ci doit être en lien avec la mise en place d’un plan de formation.

**Titre :**

[ ]  Formation en ligne

Veuillez indiquer l’adresse URL de la formation en ligne : ………………………

**THEME :**

**Motivation obligatoire :**

**5**

1. **DONNEES DES PARTICIPANT·E·S**

**Attention :**

* Seul·e·s les travailleur·euse·s salarié·e·s de la Maison Médicale ASI wallonne donnent droit aux subsides.
* Si la demande est liée à un thème prioritaire, les travailleur·euse·s qui n’appartiennent pas strictement aux groupes à risque peuvent également entrer en ligne de compte pour la subvention.

**Les participants**

Nombre de participant·e·s :

Fonctions des participant·e·s :

Niveau d’études des participant·e·s: Nombre < CESS[[1]](#footnote-1) :

Nombre = CESS :

Nombre > CESS (niveau bachelier) :

Nombre > CESS (niveau universitaire):

1. **DUREE DE LA FORMATION / JOURNEE D’ETUDE**

Le projet doit se terminer avant le 31 octobre 2024.

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début  |  |
| Date de fin  |  |

 Veuillez compléter ce cadre pour une formations en présentiel (max. 60€/demi-journée ou 120€/jour)

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de sessions par participant·e·s | Nombre de journées entières :  |
| Nombre de demi-journées :  |
| **Nombre total de sessions** (nombre de sessions par participant·e·s x le nombre de participant·e·s pour lesquels vous faites la demande) | **Nombre de journées entières :**  |
| **Nombre de demi-journées :**  |

 Veuillez compléter ce cadre pour une formation en ligne (max. 16€/heure/participant·e))

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre d’heures par participant·e | …………. Heures/participant·e |
| **Nombre total d’heures**(nombre d’heures par participant·e x le nombre de participant·e·s pour lesquels vous faites la demande) | …………. Heures au total |

1. **L’OPERATEUR DE FORMATION**

Attention :

En principe, le Fonds n’accepte que les opérateurs de formation qui sont actifs dans le non-marchand, qui poursuivent des objectifs non lucratifs et qui appliquent des tarifs adaptés. Il s’agit donc principalement d’asbl et d’opérateurs publics. Dans tous les cas, d’autres types d’opérateurs ne sont pris en compte que si l’institution motive son choix.

**L’opérateur de formation**

Nom de l’organisation :

Forme juridique :

Rue et n° :

Code postal : Commune :

**Motivez ci-dessous votre choix si l’opérateur de formation n’est pas une asbl ou un opérateur public :**

1. **CONSULTATION DES TRAVAILLEUR·EUSE·S**

Le Fonds demande que le personnel soit consulté

* via un organe de concertation (conseil d’entreprise, CPPT, délégation syndicale), qui doit donner son accord
* Pour les institutions qui ne disposent pas d’un organe de concertation, l’employeur déclare sur l’honneur que l’ensemble des travailleur·euse·s a été consulté et a eu la possibilité de formuler des remarques

Les maisons médicales et les institutions bicommunautaires doivent prendre contact avec leurs délégations inter-centres respectives.

Ceci compte pour chaque institution concernée par le projet (donc pas seulement pour l’institution qui introduit la demande)

Le document de preuve de concertation sociale comprend trois volets.*Dans ce projet, les Maisons Médicales ASI wallonnes doivent suivre le volet C.*

1. **L’INTERVENTION FINANCIERE DU FONDS**

L’intervention financière maximale s’élève à

* Formation en présentiel

Pour une demi-journée: max. € 60 par participant·e

Pour une journée entière: max. € 120 par participant·e

* Formation en ligne

Max. € 16/heure/participant·e

Attention: le Fonds ne paie que pour ce qui a effectivement été réalisé. Le montant payé peut donc être inférieur au montant approuvé, par ex. s’il y avait moins de participant·e·s ou d’heures de formation, ou si le coût était moins élevé que mentionné dans le dossier de demande.

|  |  |
| --- | --- |
| **LES FRAIS D’INSCRIPTION** | **MONTANT** |
| Coût par participant·e |  |
| **Coût total** (= coût total par participant·e x le nombre de participant·e·s pour qui vous faites la demande)**:**  |  |

Si votre dossier est approuvé pour au minimum € 500, vous pouvez recevoir une avance de 50%. Souhaitez-vous dans ce cas recevoir une avance ?

[ ]  Oui [ ]  Non

1. **DELAIS DE TRAITEMENT DU DOSSIER**
2. **PAIEMENT DE LA SUBVENTION**

La subvention est payée après la réalisation du projet, et sur base de justificatifs qui seront envoyés au Fonds: càd une preuve de paiement des frais d’inscription, une preuve de participation, les données des participant·e·s (voir lettre d’attribution lorsque votre dossier est approuvé).

Autres conditions :

* L’intervention du Fonds n’est possible que s’il n’y a pas moyen de financer autrement le projet de formation dans son ensemble.
* Les salaires des participant·e·s ne sont pas remboursés.
* La formation ou l’accompagnement des travailleur·euse·s a lieu pendant les heures de travail ou est, dans le cas contraire, considéré comme des heures de travail.
* L’institution n'impose aux participant·e·s aucune intervention financière.
* L’institution s'engage à communiquer aux participant·e·s le soutien apporté par le Fonds.

**Date de la demande :**

**Nom et signature responsable de l’organisation qui introduit la demande :**

**Annexes :**

[ ]  données des participant·e·s [[2]](#footnote-2)

**Envoyez le formulaire de demande, avec les annexes demandées, par mail à :**

**gid-ess@fe-bi.org**

1. CESS = Certificat Enseignement Secondaire Supérieur [↑](#footnote-ref-1)
2. Voir document type sur le site Internet [↑](#footnote-ref-2)