# PROJETS DE FORMATION POUR TRAVAILLEUR·EUSE·S MAISONS MEDICALES ASI WALLONNES

# SOUTIEN FINANCIER : 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**

**Type d’organisation :** [ ]  une Maison Médicale ASI wallonne

 [ ]  une fédération d’employeur ou une organisation syndicale

**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. **DONNEES INSTITUTION(S) QUI PARTICIPE(NT) AU PROJET**

Complétez le tableau avec les données des institutions participantes (seulement si plusieurs institutions sont concernées par le projet).

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Institution** | **N° ONSS** | **Nombre de travailleur·euse·s** |
| **En ETP** | **Personnes physiques** |
|       | [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]  |       |  |
|       | [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]  |       |  |
|       | [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]  |       |  |
|       | [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]  |       |  |
|       | [ ] [ ] [ ]  - [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] - [ ] [ ]  |       |  |

1. **LA FORMATION**

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

**Titre :**

**Motivation obligatoire :**

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.
* Les autres collaborateur·rice·s (indépendant·e·s, bénévoles, administrateur·rice·s, stagiaires, demandeur·euse·s d’emplois) peuvent participer s’ils sont directement concerné·e·s par le projet. Ils·elles ne seront cependant pas comptabilisé·e·s dans le calcul du soutien financier.

**Les participant·e·s**

Si les participant·e·s ne sont pas encore connu·e·s parce que les inscriptions sont en cours (par ex. lors d’une demande groupée), notez alors le nombre de participant·e·s estimé·e·s et leur profil présumé.

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**

Si vous ne connaissez pas encore les dates précises, notez alors la date de début et de fin estimée. Le projet doit se terminer avant le 31 octobre 2024. Les autres données dans le tableau doivent être connues au moment de la demande afin de pouvoir calculer l’intervention financière possible.

|  |  |
| --- | --- |
| Date de début de la formation |  |
| Date de fin de la formation |  |
| Nombre de groupes  |  |
| Nombre de sessions par groupe  |  |
| Nombre d’heures par session |  |
| Nombre total d’heures par participant·e |  |

1. **L’OPERATEUR DE FORMATION**[[2]](#footnote-2)

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 :

Nom du·de la formateur·rice :

**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. **FINANCEMENT DE LA FORMATION**

L’intervention financière maximale s’élève à €15 par heure par participant·e, avec un plafond de €150 par heure par groupe, tous frais compris :

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.

|  |  |
| --- | --- |
| **RUBRIQUES DE FRAIS** | **MONTANT** |
| Rémunération formateur·rice |  |
| Frais de déplacement formateur·rice |  |
| Frais matériel didactique (syllabus, hand-outs)  |  |
| Location salle |  |
| **Coût total:**  |  |

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 facture, liste de présence, 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 :**

[ ]  offre de l’opérateur de formation ou un mail dans lequel vous avez donné votre accord sur une proposition de contenu et un prix

[ ]  les données des participant·e·s [[3]](#footnote-3) (si au moment de l’introduction de la demande vous savez qui va participer)

**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. Joignez en annexe l’offre de l’opérateur de formation ou un mail dans lequel vous avez donné votre accord sur une proposition de contenu et un prix. [↑](#footnote-ref-2)
3. Voir document type sur le site Internet [↑](#footnote-ref-3)