**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**Projet « Soutien en Gestion de Crise Sanitaire »**

**Janvier 2022- Décembre 2022**

**(À remplir par l’employeur)**

1. **IDENTIFICATION DE L’EMPLOYEUR**

#### **INSTITUTION**

Nom de l’institution ………………………………………………………………………………………………………

N° institution ………………………………………………………………………………………………………

Adresse complète  ………………………………………………………………………………………………………

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

N° ONSS complet \_ \_ \_ - \_ \_ \_ \_ \_ \_ \_ - \_ \_

N° d’entreprise ………………………………………………………………………………………………………

N° de compte bancaire BE . . . . . . . . . . . . . .

Nombre de lits ………………………………………………………………………………………………………

#### **PERSONNE DE CONTACT EN CHARGE DU SUIVI ADMINISTRATIF**

Nom de la personne de contact ………………………………………………………………………………………………………

Fonction ………………………………………………………………………………………………………

Numéro de téléphone ………………………………………………………………………………………………………

E-mail ……………………………………………@………………………………………………………

Souhaitez-vous recevoir la newsletter du Fonds ?

* OUI : ……………………………………………@………………………………………………………
* Je la reçois déjà
* NON merci

#### **PERSONNE RESPONSABLE DE LA DEMANDE** *(si différente de la personne de contact)*

Nom du responsable ………………………………………………………………………………………………………

Souhaitez-vous recevoir la newsletter du Fonds ?

* OUI : ……………………………………………@………………………………………………………
* Je la reçois déjà
* NON merci
1. **OPERATEUR DE FORMATION**

**Quel type d’opérateur de formation ?**  interne externe

**Si opérateur interne :** Nom du·de la formateur·rice

 Fonction du·de la formateur·rice

**Si opérateur externe :** Nom de l’opérateur de formation

 Adresse

 Code postal et commune

 Numéro de téléphone

Rencontre préparatoire prévue ?  Oui Non

* Si oui, veuillez indiquer le nombre d’heures prévues (max 2h)[[1]](#footnote-1) : ……………………
* Si vous organisez une 3ème rencontre pour laquelle vous désirez une intervention du Fonds, veuillez soumettre les raisons motivant cette rencontre : ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
1. **OFFRE**

L’institution tenant compte des conditions et modalités reprises dans la circulaire souhaite prévoir l’action suivante :

1. **Gestion d’équipe (max. 24h/équipe)**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Groupes** | **Nombre de travailleur·euse·s relevant du groupe cible (70%)** | **Nbre de travailleur·euse·s hors groupe cible (max 30%)** | **Nbre heures prévues** | **Type d’accompagnement**1=Supervision 2=Intervision3=Coaching collectif | **Thématiques** | **Modalité :** Présentiel ou en ligne |
| 1 |  |  |  |  |  |  |
| 2 |  |  |  |  |  |  |
| 3 |  |  |  |  |  |  |
| Etc. |  |  |  |  |  |  |

Veuillez joindre à la demande le programme de formation

Par accompagnement/équipe

Date prévue de la première journée : ………………………….

Date prévue de la dernière journée : ……………………………

1. **Outiller les travailleur·euse·s (max. 24h/pers)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de formation**  | **Nombre de travailleur·euse·s relevant du groupe cible (70%)** | **Nbre de travailleur·euse·s hors groupe cible (max 30%)** | **Nombre de groupes****prévus** | **Nombre d’heures de formation estimé par participant·e** | **Modalité :** Présentiel ou en ligne |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2.  |   |  |  |   |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| Etc. |  |  |  |  |  |

Veuillez joindre à la demande, la présentation des objectifs poursuivis par l’accompagnement.

Date prévue de la première journée de formation :

Date prévue de la dernière journée de formation :

1. **Autre(s) initiative(s)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du projet**  | **Nombre de travailleur·euse·s relevant du groupe cible (70%)** | **Nbre de travailleur·euse·s hors groupe cible (max 30%)** | **Nombre de groupes (si d’application)** | **Nombre d’heures de formation estimé par participant·e** | **Modalité :** Présentiel ou en ligne |
| 1.  |  |  |  |  |  |

Veuillez joindre une note explicative de votre projet. Cette note doit reprendre au minimum les éléments suivants :

* + - Objectif poursuivi
		- Méthodologie
		- Intervenants, formateur·trice·s
		- Public cible : nombre de participants et profils
		- Budget

Date prévue de la première journée de formation :

Date prévue de la dernière journée de formation :

**Remarque** : Si le nombre diffère fortement d’un groupe à l’autre ou si tous les groupes ne suivent pas le même nombre d’heures de formation, le Fonds vous suggère de joindre une annexe indiquant le nombre de participant·e·s par groupe. Elle permettra à la cellule d’estimer au plus juste le budget qui doit être réservé pour les formations.

1. **FINANCEMENT**

###### Le budget attribué par le Fonds tiendra compte du nombre de participant·e·s estimé, du respect des critères établis et des limites maximales fixées.

###### Le décompte et le paiement final se fera sur base de factures ou notes de frais tenant compte des critères décrits dans la circulaire et du nombre de participant·e·s réel. Nous attirons votre attention sur le fait, qu’il est possible que les montants justifiés mis en lien avec le nombre de participant·e·s réel impliquent un paiement inférieur au budget total attribué.

1. **DOCUMENTS À JOINDRE AU DOSSIER DE DEMANDE**

Vous devez joindre à ce formulaire de demande :

* + - La **copie de l’accord du CPPT ou du CE** (extrait du PV de la réunion du CPPT ou CE où la demande a été approuvée)
		- En cas de **formateur·rice interne** qui n’a pas une fonction exclusive de formateur∙formatrice au sein de l’hôpital : un extrait du PV de la réunion où la demande a été examinée par le CPPT ou le CE. L’extrait doit spécifier l’accord concret de ce dernier au sujet du remplacement du formateur∙trice
		- Le **programme de la formation**, réalisé par l’opérateur de formation.
		- Pour **toute autre initiative**, le dossier de présentation du projet.
1. **DÉCLARATION D’ENGAGEMENT**

Je déclare avoir pris connaissance des modalités décrites dans les « **directives du projet »** et accepte les conditions dont notamment le principe que le paiement final est conditionné à la réception des documents suivants :

* + - Toutes les factures/notes de frais justifiant les frais ;
		- Une liste des présences signée par tous les participant·e·s ;
		- Un fichier Excel avec les données anonymisées des participant·e·s ;

Ces documents doivent être transmis au Fonds avant le 1er mars de l'année qui suit la formation.

|  |  |
| --- | --- |
| Date, nom et signature employeur  | Date, nom et signature pour accord CE ou CPPT |

Le dossier complet doit être envoyé par mail à formation-fshp@fe-bi.org

1. Pour rappel, le Fonds intervient sous certaines conditions dans le financement de maximum 2 rencontres préparatoires (voir directives). [↑](#footnote-ref-1)