

**NOTICE EXPLICATIVE
DEMANDE DE FINANCEMENT D'ACTION COLLECTIVE 2020 (DFAC)**

Afin de vous s'assurer de la possibilité et du niveau de financement pour toutes vos demandes d'A.C.T (Actions Collectives Territoriales), nous vous invitons à formaliser une demande de prise en charge via le formulaire « Demande de financement d'action collective 2020-DFAC » d'Uniformation.

Dans le cadre de sa démarche de simplification administrative, Uniformation a mis en place un **seul et unique formulaire** pour toutes les Actions Collectives quel que soient les financements.

La présente notice explicative précise les champs à renseigner par le porteur de projet, pour les A.C.T financées sur la contribution conventionnelle de la branche ALISFA. **Les champs précédés d'une étoile rouge doivent obligatoirement être renseignés.**

Une fois renseigné, le formulaire doit être envoyé à votre Délégation Régionale Uniformation au minimum 1 mois avant le début de l'action de formation, accompagné des pièces demandées (programme de la formation et devis).

« INTITULE DE L'ACTION » *: « **A renseigner par le porteur de projet** »

Attention : Depuis 2017, l'Organisme de Formation doit figurer sur le catalogue de référence d'Uniformation (Décret Qualité)

SITUATION DU PORTEUR DE PROJET **A renseigner par le porteur du projet**

- Raison sociale *:
- Numéro ICOM *:
- Adresse *:
- Nom, prénom et fonction du contact*:
- Téléphone et mail *:
- Pourcentage de versement Formation Professionnelle Continue : **Facultatif**
- Financement obtenu en N-1 au titre d'une action collective : **Facultatif**
 - Si oui : merci d'indiquer le montant de financement obtenu et de présenter un bilan de l'action réalisée.

Préciser les informations relatives à la structure porteuse de l'action de formation.

PROJET DE FORMATION **A renseigner par le porteur du projet**

1. ORIGINE de la DEMANDE

- Contexte*
- Mettre en évidence la plus-value de l'organisation de la formation en collectif

Remplir les informations concernant la formation pour laquelle vous faites une demande de prise en charge.

2. OBJECTIF(S) VISE(S) *

- Définir l'objectif à atteindre, notamment en termes de compétences ou de qualifications à acquérir.
- Mettre en évidence le caractère formatif de la formation et la transférabilité des compétences.

3. **CONTENU** * (A renseigner par le porteur du projet ou joindre le programme de la formation)

- Indiquer le programme précis détaillé et séquencé, (durée, modalités,...) en cohérence avec l'objectif proposé.
- Indiquer les méthodes pédagogiques utilisées.

Remplir les informations concernant les stagiaires.

Les ACT de la branche ALISFA ne concernent que des structures appliquant la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial (ALISFA).

4. **PUBLIC** * (A renseigner par le porteur du projet)

- Définir le public concerné (compétences éventuellement requises (pré requis), poste de travail occupé, etc...).

5. **NOMBRE de STAGIAIRES** (A renseigner par le porteur du projet)

- Nombre de stagiaires total * :
- Nombre de stagiaires relevant d'Uniformation : **A ne pas renseigner**
 - Détailler le nombre de stagiaires par branche professionnelle : **A ne pas renseigner**

6. **DUREE, DATE(S) et LIEU(X) DE FORMATION** (A renseigner par le porteur du projet)

- Nombre total de jours de formation* :
- Nombre total d'heures de formation* :
- Date(s) de l'action de formation * :
- Lieu(x) de l'action de formation * :

Remplir les informations concernant l'organisme de formation.

7. **ORGANISME(S) de FORMATION** (A renseigner par le porteur du projet)

***Recommandation** : Dans le cadre de sa politique de transparence et de qualité, Uniformation vous recommande vivement de mener une démarche de mise en concurrence c'est-à-dire de procéder à un appel d'offres pour le choix de l'Organisme de formation que vous retiendrez pour cette action de formation.*

- Indiquer les modalités et les conditions de sélection du choix de l'Organisme de Formation
- ✓ Numéro de déclaration d'activité* :
- ✓ Numéro Siret* :
- ✓ Raison sociale* :
- ✓ Adresse* :
- ✓ Nom, prénom et fonction du signataire de la convention de formation pour l'organisme de formation* :
- ✓ Téléphone et mail* :
- Fonction et statut des intervenants* (joindre CV des intervenants lorsque le porteur de projet (ou membre de son réseau) est également Organisme de formation) :

FINANCEMENT DE L'ACTION DE FORMATION (A renseigner par le porteur du projet)

1. BUDGET PREVISIONNEL *

Le Budget prévisionnel présenté ci-dessous concerne l'ensemble des stagiaires participant à l'action de formation :

Charges	Montants	Produits	UNIFORMATION*	Participation des entreprises	Autres financeurs (A préciser)
Montant Coût Pédagogique*		Montant Coût Pédagogique*			
Coût Pédagogique journée/groupe*					
Coût Pédagogique heure/stagiaire					
Total Coût pédagogique *		Total Coût pédagogique*			
Restauration		Restauration			
Hébergement		Hébergement			
Déplacement		Déplacement			
Total Frais Annexes (FA)		Total Frais Annexes (FA)			
Total de la Rémunération		Total de la Rémunération			
Total Charges*		Total Produits*			

Montant total forfaitaire		Montant total forfaitaire			
(1) Coût complet/jour/personne/sans rémunération					
Coût complet/ jour/ personne/ avec rémunération					

(1) Le coût complet/jour/personne comprend Obligatoirement Coût pédagogique + + coûts de déplacement + frais annexes + éventuellement de la rémunération.

Préciser les informations sur la demande de financement de l'action de formation.

Dans le cadre des ACT de la branche ALISFA :

- 1 100€/jour dans la limite de 5 jours pour les coûts pédagogiques.
- Les frais de déplacements selon le barème OPCO.
- Les autres frais annexes (hébergement et restauration) ne sont pas pris en charge

2. LISTE DES STAGIAIRES ET ENTREPRISES PARTICIPANTES AU PROJET DE FORMATION

(A renseigner par le porteur du projet)

Remplir les informations concernant le/les salarié(s) participant(s) à la formation. Ceux-ci doivent appartenir à des structures appliquant la convention collective nationale des acteurs du lien social et familial (ALISFA).

Zone grisée : informations renseignées par les services d'Uniformation.

Liste des stagiaires					Frais annexes des stagiaires (*)					Liste des entreprises participantes								
Nom*	Prénom*	Statut* : salariés / bénévoles	Emploi ou fonction occupée*	Nature du contrat de travail (si CDD préciser date de fin) *	Déplacement	Repas	Hébergement	Rémunération	TOTAL	RAISON SOCIALE*	N° ICOM*	CCN appliquée (1)	Si OPCA autre qu'Uniformation merci de l'indiquer	% de versement global N - 1	Taille	Montant DAF obtenue en N-1	Montant DAF obtenue en N	
												ALISFA	A ne pas renseigner					

(1) Si une structure n'applique aucune CCN et quelle ne cotise pas à Uniformation, merci de vérifier qu'elle ne relève pas d'un champ conventionnel couvert par UNIFORMATION.
 (*) Préciser les modalités de calcul des frais annexes :

INFORMATIONS RENSEIGNEES PAR LES SERVICES D'UNIFORMATION

Demande de financement :

Coût Pédagogique	Frais Annexes	Rémunération	TOTAL

Accord de financement :

Coût Pédagogique	Frais Annexes	Rémunération	TOTAL

OBSERVATIONS ET AVIS DES SERVICES TECHNIQUES :

DECISION :