

Date de la demande : _____

1 - IDENTIFICATION DE L'EMPLOYEUR

Association gestionnaire : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : _____ Nombre d'établissements : _____

Effectifs de l'association : _____

Effectifs concernés par l'intervention : _____ % de l'effectif total : _____

Personne à contacter : _____

Fonction : _____

N° de téléphone : _____

Email : _____

2 - VOTRE ORGANISME ASSUREUR DU REGIME PREVOYANCE (cochez la case)

- AESIO
- AG2R
- APICIL
- HARMONIE MUTUELLE ESS (GROUPE VYV)
- MALAKOFF HUMANIS

3 - AVIS DES REPRÉSENTANTS DU PERSONNEL (cochez la case)

- CSE
- Pas d'institutions représentatives du personnel
 - L'employeur adresse seul sa demande,
 - Joindre une copie du procès-verbal de carence des dernières élections si les effectifs de l'association le justifient.

4 - NOM, QUALITÉ ET EMAIL DES SIGNATAIRES DE LA PRESENTE DEMANDE D'AIDE COLLECTIVE (représentant employeur et représentant des salariés) :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature :

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature : _____

Mme/M : _____

Qualité : _____

Email : _____

Signature : _____

5 - CONTEXTE GÉNÉRAL DE LA DEMANDE DE FINANCEMENT

(Enjeux pour l'association et les salariés, demandes éventuelles des financeurs)

6 - IDENTIFICATION DU PRESTATAIRE AUQUEL L'ASSOCIATION SOUHAITE FAIRE APPEL (Cabinet de Conseils, d'audit ou de formation)

Raison sociale : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

Personne à contacter : _____

Fonction : _____

Téléphone : _____

Email : _____

Présentation synthétique de l'organisme : _____

7 - DESCRIPTIF SYNTHÉTIQUE DE L'ACTION COLLECTIVE

8 - BUDGET DÉTAILLÉ ET CO-FINANCEMENT MIS EN OEUVRE

Facture prévisionnelle : _____

Nombre de jours : _____

9 - CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE L'ACTION :

Date de démarrage de l'action : _____

Dates des principales étapes de l'action : _____

Date prévisionnelle de fin de l'action : _____

MONTANT DE LA FACTURE : _____

10 - BILAN A FAIRE AUPRÈS DE LA CNPTP, DANS L'ANNEE QUI SUIT L'ACTION :

En contrepartie du financement accordé, l'association s'engage à effectuer auprès de la CNPTP un bilan des actions ainsi financées, dans l'année qui suit leur achèvement selon la trame ci-dessous

- 1 / Comment la thématique abordée a-t-elle été déterminée ?
- 2 / Correspondait-elle à une problématique rencontrée dans le cadre de l'activité professionnelle ?
- 3 / Décrivez la procédure de sélection du prestataire
- 4 / Combien de personnes ont bénéficié de l'action ? Structure de l'effectif ayant participé à l'action collective (répartition homme/femme, cadres/non-cadres, métiers représentés, ...)
- 5 / Quel bilan qualitatif en tirez-vous (représentant de l'entreprise et IRP) ?
- 6 / Quelles sont les bonnes pratiques appliquées pour donner suite à l'action ? quels outils ?
- 7 / Quelle suite envisagez-vous de donner à cette action ?
- 8 / Si vous deviez engager une nouvelle action éligible au fonds de solidarité santé, quel en serait l'objet ?

La CNPTP pourra éventuellement souhaiter entendre le compte rendu présenté conjointement par un membre de la direction et par un représentant du personnel le cas échéant. Les frais de déplacement générés par cette présentation seront pris en charge par la CNPTP.

11 - PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER :

- Le cahier des charges tel qu'il a été établi par l'Association
- La proposition du cabinet de conseil, d'audit ou de formation
- Le devis de l'action proposée
- Tout autre document susceptible d'éclairer la Commission paritaire
- Relevé d'Identité Bancaire de l'entreprise en cas de paiement par virement

SIGNATURE

Mme/M : _____

Qualité : _____

Date : ____ / ____ / ____

Signature :

ADRESSEZ VOTRE DOSSIER* A LA CNPTP CHRS, par mail :
chrs-hds-prevoyance@vicariance.fr

* Votre dossier = ce formulaire complété + les pièces à joindre indiqués au point 11.
Attention, si les pièces sont trop volumineuses, transmettez les éléments en plusieurs mails.

CADRE RÉSERVÉ À LA COMMISSION NATIONALE PARITAIRE TECHNIQUE DE PRÉVOYANCE (CNPTP)

ASSOCIATION GESTIONNAIRE : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Ville : _____

N° SIRET : _____

DECISION DE LA COMMISSION

Date de réception : _____

Numéro d'ordre : _____

Décision de la Commission :

Critères de décision : taille de l'association, effectif concerné, action

MODALITES DE VERSEMENT DE LA SUBVENTION :

- 30 % de la subvention au démarrage de l'action
- 70 % restants sur présentation de la facture acquittée et du bilan.

En tout état de cause, la subvention perçue ne saurait être supérieure au montant global de l'action objet de la subvention. En cas de report ou d'annulation de l'action de prévention, la CNPTP CHRS demandera un état des factures acquittées à la structure pour évaluer le trop-perçu éventuel et en réclamer le montant.

MOYEN DE PAIEMENT :

- Chèque bancaire n° _____
- Virement bancaire n° _____

Qualité : Président de la CNPTP

Signature :

Qualité : Trésorier de la CNPTP

Signature