

# Demande d'adhésion à la fédération Adessadomicile

## POUR ADHERER

**Pour adhérer, veuillez remplir le bulletin d'inscription ci-joint et fournir :**

- Le formulaire ci-après complété et signé par le/la président(e) de l'association ;
- Les statuts signés et le récépissé de déclaration en préfecture ;
- Les arrêtés d'agrément (préfecture pour les CSI) et autorisations nécessaires ;
- La liste des membres du Conseil d'administration et du Bureau ;
- L'organigramme de votre association ;
- Les comptes des 2 derniers exercices (bilans et comptes de résultat annuels ou budget prévisionnel pour une association récemment créée) ;
- Le livret d'accueil ;
  
- Pièces complémentaires en fonction de ce qui existe au sein de la structure: le projet associatif, le projet de service, le règlement intérieur, le règlement de fonctionnement....

L'ensemble des éléments est à envoyer par mail à ([a.aguessy@adessadomicile.org](mailto:a.aguessy@adessadomicile.org)) ou par courrier à :

Mme Antoinette AGUESSY

ADESSADOMICILE

350 rue Lecourbe – 75015 Paris

**Conformément aux statuts de la fédération, toute demande est soumise à la validation du Conseil d'administration.**

**[LA STRUCTURE]**

Dénomination : .....

Date de création : .....

Début d'activité : .....

Siren :

Siret :

**Type d'organisation :**

Association loi 1901 - GIE - GCSMS - UNION

Autre :

**Service(s) concerné(s)**

	Services existants (oui/non)	Demande d'adhésion (oui/non)
<b>SAAD</b>		
<b>SSIAD</b>		
<b>CSI</b>		
<b>Accueil de jour</b>		
<b>Autre : (précisez)</b>		

**Coordonnées :**

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : .....

Téléphone : ..... Fax : .....

Email : ..... Site internet : .....

Nom du (de la) président/e : .....

Tél du (de la) président/e : ..... Mail : .....

Nom du (de la) responsable : ..... Fonction : .....

Tél du (de la) responsable : ..... Mail : .....

**IMPLANTATION** (Départements concernés, Nombre de sites ou d'antennes, types de zones d'intervention .....

--

**A quel(s) OPCA (Organisme Paritaire Collecteur Agréé) l'entité est-elle affiliée ?** UNIFORMATION Autre : .....**L'association applique-t-elle la convention collective :** BAD du 21 mai 2010 FEHAP 51 Autre(s), précisez :

## [SERVICES D'AIDE A LA PERSONNES] :

Date d'obtention de déclaration : .....

Date d'obtention de l'agrément : .....

Date d'obtention de l'autorisation (loi du 02 janvier 2002) : .....

Certification/ Label (AFNOR, Qalisap, Qualicert, Handéo, autres.....)

### Services à la personne (\* dans le cadre d'une intervention à domicile)

- |  |   |   |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Entretien et travaux ménagers                     | <input type="checkbox"/> Assistance aux personnes âgées                 | <input type="checkbox"/> Collecte et livraison de linge repassé |
| <input type="checkbox"/> Garde malade (hors soins)                         | <input type="checkbox"/> Assistance aux personnes handicapées           | <input type="checkbox"/> Assistance administrative à domicile   |
| <input type="checkbox"/> Petits travaux de jardinage                       | <input type="checkbox"/> Aide à la mobilité et transport                | <input type="checkbox"/> Assistance informatique et Internet    |
| <input type="checkbox"/> Accompagnement enfants ou PA / PH                 | <input type="checkbox"/> Préparation des repas à domicile               | <input type="checkbox"/> Prestations de petit bricolage         |
| <input type="checkbox"/> Garde d'enfants <3 ans • >3 ans                   | <input type="checkbox"/> Livraison de repas à domicile*                 | <input type="checkbox"/> Téléassistance – visio-assistance      |
| <input type="checkbox"/> Soutien scolaire à domicile                       | <input type="checkbox"/> Livraison des courses à domicile               |   |
| <input type="checkbox"/> Soins et promenade d'animaux de compagnie         | <input type="checkbox"/> Maintenance et vigilance temporaire à domicile |   |
| <input type="checkbox"/> Soins d'esthétique pour les personnes dépendantes | <input type="checkbox"/> Autre  |   |

### Intervention sociale

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Aide à la toilette         | <input type="checkbox"/> Médiation familiale      | <input type="checkbox"/> Soutien éducatif                         |
| <input type="checkbox"/> Aide à la vie quotidienne  | <input type="checkbox"/> Protection de l'enfance  | <input type="checkbox"/> Accueil collectif en horaires classiques |
| <input type="checkbox"/> Conseil aux jeunes parents | <input type="checkbox"/> Sortie d'hospitalisation | <input type="checkbox"/> Accueil collectif en horaires atypiques  |
| <input type="checkbox"/> Maladie longue durée       | <input type="checkbox"/> Soutien à la parentalité |   |

	PRESTATAIRE	ETP	MANDATAIRE	ETP
Nombre de salariés administratifs		.....		.....
Nombre de salariés intervenants		.....		.....
Heures réalisées				
Nombre de bénéficiaires				

### DETAIL DES AUTRES ACTIVITES

.....  
 .....  
 .....

## [SSIAD, CSI ET ACCUEILS DE JOUR] :

Date d'obtention de l'agrément préfectoral (CSI) : .....

Date d'obtention de l'autorisation (loi du 02 janvier 2002) : .....

Autre agrément ou certification : .....

Souhaitez-vous vous engager dans une démarche qualité ? :  Oui  Non

Laquelle ?.....

### Soins à domicile

- |  |   |  |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Accueil de jour           | <input type="checkbox"/> Démarche de soins infirmiers | <input type="checkbox"/> Soins éducatifs             |
| <input type="checkbox"/> Actes infirmiers de soins | <input type="checkbox"/> Hygiène et surveillance      | <input type="checkbox"/> Soins infirmiers préventifs |
| <input type="checkbox"/> Actes médicaux infirmiers | <input type="checkbox"/> Nursing                      | <input type="checkbox"/> Soins palliatifs            |

	CSI	ETP	SSIAD/ ACCUEIL JOUR	ETP
Nombre de salariés administratifs		.....		.....
Nombre de salariés intervenants		.....		.....
Heures réalisées				
Total AIS 1			Places :	
Total AM 1				

### DETAIL DES AUTRES ACTIVITES

.....  
 .....  
 .....

**[CHIFFRES DE L'ACTIVITE N-1] :**

Activités prestataires (hors TISF)	Montant	Taux
A : (montant des produits et dotations de l'année précédente <sup>1</sup> )	_____ €	x 0,36 %
<b>Interventions TISF</b>		
B : (montant des produits et dotations de l'année précédente <sup>1</sup> )	_____ €	x 0,90 %
<b>Centres de soins infirmiers(CSI)</b>		
C : (montant des produits et dotations de l'année précédente <sup>1</sup> )	_____ €	x 0,36 %
<b>Services de Soins A Domicile (SSIAD)</b>		
D : (budget accordé l'année civile précédente <sup>1</sup> )	_____ €	x 0,36 %
<b>Accueil de jour</b>		
E : (montant des produits et dotations de l'année précédente <sup>1</sup> )	_____ €	x 0,36 %
<b>Services mandataires</b>		
F : (nombre d'heures facturées)	_____ h	x 0,037€

**Cotisation plancher de 650 € en 2016** : La cotisation annuelle est calculée sur la base de l'activité de l'année précédente. Ce montant minimum est applicable aux structures en phase de démarrage et à celles dont le calcul de cotisation sur les chiffres constatés l'année précédente amènerait à un montant inférieur.

<sup>1</sup> Montant des factures émises (organismes financeurs, usagers et conventions donnant lieu à une activité rémunérée)

**Comment avez-vous connu la fédération Adessadomicile ?**

.....  
.....  
.....

**Quels sont vos projets de développement et d'investissement ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont les principales difficultés rencontrées par votre association ?**

.....  
.....  
.....  
.....

**Quelles sont vos attentes par rapport à la fédération Adessadomicile ?**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Observations/remarques**

.....  
.....  
.....

**Nom du (de la) Président/e :.....**

**Date :.....**

**Signature du (de la) Président/e :**

**Cachet de l'association :**