

RAPPORT D’ACTIVITE 2019

AIDE A DOMICILE



1. identification de la structure

Raison sociale de la structure :

|  |  |
| --- | --- |
| Identification | |
| N° caisse |  |
| N° Urssaf |  |

Statut : public privé non lucratif privé lucratif

Mode d’intervention de la structure : prestataire mandataire

Adresse du siège social :

Tel siège : ……………………………….. Fax : …………………………………

Mail :

Nom prénom du Président ou du représentant légal :

Nom prénom du Directeur ou du gérant :

Nom prénom du Trésorier  (pour les associations) :

Nom et adresse de l’expert comptable :

Nom et adresse du commissaire aux comptes[[1]](#footnote-1)\*

Date de la dernière assemblée délibérative :

Adhésion à une fédération, une union, une coordination ou à une enseigne :

oui laquelle :

non

1. Activité de la structure

**Agrément simple :**

Date d’obtention : …………………………….. Date d’expiration : …………………………..

**Agrément qualité : oui non**

Si oui, date d’obtention : …………………………….. Date d’expiration : …………………………..

**Autorisation : oui non**

Si oui, date d’obtention : …………………………….. Date d’expiration : …………………………..

Tarifs horaires du conseil général pour l’aide ménagère pour 2019 :

**Certification: oui non**

Si oui, nature de la certification :

Date d’obtention : …………………………….. Date d’expiration :

Si non, envisagez-vous de vous inscrire dans une démarche de certification ?

oui Laquelle ?

non

**Affiliation au CRCESU : oui non**

**Territoire d’intervention :**

**Activité de la structure du 1er janvier au 31 décembre 2019**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Services | Activité totale tous financeurs | | | **Dont activité financée**  **par la caisse** | | | **Tarif affiché pour les bénéficiaires de la caisse** |
| **Volume\*** | **Nbre**  **clients** | **Chiffre**  **d’affaires** | **Volume\*** | **Nbre**  **clients** | **Chiffre**  **d’affaires** |
| AMD prestataire |  |  |  |  |  |  |  |
| AMD Mandataire |  |  |  |  |  |  |  |
| Portage de repas |  |  |  |  |  |  |  |
| Téléassistance |  |  |  |  |  |  |  |
| Transport accompagné |  |  |  |  |  |  |  |
| Autres (précisez) : |  |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  |  |  |  |  |  |

\* Indiquez le volume en précisant les unités (heures ou autres)

Commentaires :

1. Organisation de la structure

**Organisation administrative**

**Informatisation des procédures** :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Gestion des dossiers** | Oui Non | Comptabilité | Oui Non | **planning** | Oui Non |
| **Facturation aux organismes** | Oui Non | **Facturation aux usagers** | Oui Non | **paye** | Oui Non |
| **Archivage** | Oui Non |  |  |  |  |

Adhésion à une plateforme de ressources et de gestion :

oui laquelle :

non

**Télégestion**

Utilisation d’un outil de télégestion :

oui lequel :

date de mise en œuvre :

non date prévisionnelle de mise en œuvre :

**Organisation des interventions**

**Jours de travail :**

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

Samedi Dimanche Jours fériés Interventions de nuit

Préciser l’amplitude horaire : ………………………..

**Permanence téléphonique**

Un accueil téléphonique est-il prévu en dehors des heures d’ouverture ? Oui Non

Préciser l’organisation mise en place :

# Droits des usagers

Un règlement ou contrat de service est-il remis à l’usager ? oui non

Un devis d’intervention est-il remis à l’usager ? oui non

Une attestation fiscale annuelle est-elle remise à l’usager ? oui non

Procédez-vous à des visites chez l’usager par l’encadrement ? oui non

Des enquêtes de satisfaction sont-elles menées auprès des usagers ? oui non

Une procédure de traitement des réclamations existe-t-elle ? oui non

Si oui, préciser laquelle : ………………………..

**PERSONNEL**

**Effectifs au 31 décembre 2019**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Fonctions occupées | **Effectif (nombre de personnes physiques)** | **Effectif en ETP** | **ETP affectés à l’aide à domicile prestataire** |
| Directeur |  |  |  |
| Cadres administratifs |  |  |  |
| Responsables de secteur |  |  |  |
| Agents administratifs |  |  |  |
| *Total personnel administratif* |  |  |  |
| Intervenants : |  |  |  |
| Catégorie A : agents à domicile |  |  |  |
| Catégorie B : employés à domicile |  |  |  |
| Catégorie C : auxiliaires de vie sociale |  |  |  |
| Autres : |  |  |  |
| *Total personnel d’intervention sociale* |  |  |  |
| **Effectif total** |  |  |  |
| Bénévoles |  |  |  |

Application de l’ARTT oui non

Si oui, date de mise en œuvre :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Formation** | **Prévisionnel  année 2019** | **Réalisé  année 2019** | **Prévisionnel année 2020** |
| Dépenses imputables à la formation | € | € | € |
| Prise en charge éventuelle de l'OPCA | € | € | € |
| Nombre de stagiaires concernés |  |  |  |
| Dont personnel intervenant |  |  |  |

1. Données financières et comptables

Les enregistrements comptables, font-ils l’objet de balances :

Mensuelles  oui  non 

Trimestrielles oui  non 

**Données comptables :** Associations et entreprises : Compléter annexe 1

Etablissements publics : Compléter annexe 2

|  |  |
| --- | --- |
| Cachet de la structure : | Date :  Signature\*:  \*préciser les nom, prénom et qualité du signataire |

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement, quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (articles 313-1, 313-3, 313-9, 441-1, 441-6 al 2, 441-7, 441-9, 441-12 du code pénal)











1. \* Les sociétés en nom collectif, les sociétés à responsabilité limitée, les sociétés en commandite simple, ainsi que toute personne morale ayant une activité économique relèvent du contrôle, dès lors qu’elles dépassent au moins 2 des seuils suivants :

   Total bilan > 1 550 000 €, CA HT > 3 100 000 € et Salariés > 50.

   Décret 2209-234 du 25 février 2009, JO du 27, p. 3488 ; c. com. art. R. 227-1 [↑](#footnote-ref-1)