1. identification de la structure

Raison sociale de la structure :

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

Statut : public privé non lucratif privé lucratif

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

**Territoire d’intervention :**

**Activité de la structure du 1er janvier au 31 décembre 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Activité totale tous financeurs | dont activité financée par la caisse |
| **Nbre d’éval** | **Nbre****clients** | Chiffred’affaires | **Nbre d’éval**  | **Nbre****clients** | Chiffred’affaires |
| Evaluations à domicile |  |  |  |  |  |  |

Quelles autres activités exerce la structure :

Commentaires :

**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

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  | **Paye** | Oui Non  | **Archivage** | Oui Non  |

Adhésion à une plateforme de ressources et de gestion :

 oui laquelle :

 non

# Organisation des interventions

**Accueil téléphonique**

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

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

# Principes retenus pour l’organisation des évaluations

Mode de contact avec le bénéficiaire : courrier téléphone autres

Planification en fonction des zones géographiques : oui non

**Durée moyenne d’une évaluation à domicile (hors trajet) :**

* Pour une première demande : ……… h ……mn
* Pour un réexamen : ……….h ……mn

# Réalisation des évaluations

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Délai d’instruction (de la réception de la commande jusqu’à l’envoi à la caisse)** | **Nbre d’évaluations** | **%** | **Commentaires** |
| Inférieur à 15 jours |  |  |  |
| Entre 15 et 30 jours |  |  |  |
| Entre 31 et 60 jours |  |  |  |
| Supérieur à 60 jours |  |  |  |

Des procédures de traitement spécifiques des commandes sont-elles mises en place ?

oui non

Si oui, lesquelles :

Nombre de demandes de modification du plan d’aide au cours de prise en charge : ……….

Nombre de signalements habitat : ………………….

Nombre d’actions collectives de prévention prescrites : …………

# Droits des usagers

Des documents sont-ils remis à l’usager lors de la visite ? oui non

Si oui, lesquels :

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

Selon quelles modalités ? courrier téléphone autres

Dans quel délai suivant l’évaluation ?

Quelles actions ont été mises en place suite aux résultats de ces enquêtes ?

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

Si oui, laquelle :

# PERSONNEL

**Effectifs affectés à l’évaluation au 31 décembre 2018**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonctions occupées | **Effectif (nombre de personnes physiques)** | **Effectif en ETP** |
| Evaluateurs |  |  |
| Personnel administratif |    |   |
| **Effectif total pour l’activité d’évaluation** |  |  |
| Bénévoles |    |   |

**Formation**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **Prévisionnel année 2018** | **Réalisé année 2018** | **Prévisionnel année 2019** |
| Dépenses imputables à la formation |  € |  € |  € |
| Prise en charge éventuelle de l'OPCA |  € |  € |  € |
| Nombre de salariés 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)