**Pour obtenir un devis, merci de renvoyer ce dossier accompagné des pièces jointes à** **essms@cidees-certification.com**

*(Compléter un dossier par numéro FINESS géographique)*

|  |
| --- |
| **1 - Informations relatives au demandeur** |
| Nom de l’ESSMS |  |
| Adresse principale |  |
| Code postal – Ville |  |
| N° de SIRET |  |
| Catégorie FINESS |  |
| N° FINESS |  |
| Nature juridique de la structure |  |
| Contact pour l’évaluation | Nom/prénom |  |
| Fonction |  |
| N° téléphone |  |
| Courriel |  |
| Direction | Nom/prénom |  |
| N° téléphone |  |
| Courriel |  |
| Fonction Qualité | Nom/prénom |  |
| N° téléphone |  |
| Courriel |  |
| Organisme gestionnaire |  |
| Site internet |  |
| Adresse de facturation si différente |  |

|  |
| --- |
| **2 – Effectifs à la clôture du dernier bilan comptable** |
| Effectif total (en équivalent temps plein) |  |
| Nombre de places autorisées*ou* Nombre d’heures d’accompagnement réalisées / année N-1 |  |

|  |
| --- |
| **3 – Autres renseignements nécessaires** |
| Types de mode d’accueil *(cocher l’ensemble des modes d’accueil qui sont autorisés)* | [ ]  Accueil permanent[ ]  Accueil temporaire[ ]  Accueil intermittent (ex : 2 jours/semaine ou sur rendez-vous) (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[ ]  Accueil de jour[ ]  Domicile[ ]  Autres (à préciser) : …\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Dans le cadre de la séquence Accompagné traceur, serez-vous amené à faire appel à un interprète (langue étrangère, langue des signes…) ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Avez-vous un CVS (Conseil de Vie Sociale) ? | [ ]  Oui [ ]  Non |
| Avez-vous plusieurs sites (sous la même autorisation) ? Si oui, précisez les adresses | [ ]  Oui [ ]  Non\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |

|  |
| --- |
| **4 – Période d’évaluation souhaitée** |
| Date dernière évaluation externe ? |  |
| A quelle période souhaitez-vous votre évaluation en fonction de la date fixée par votre ATC ? |  |

|  |
| --- |
| **5 – Impartialité / Accompagnement / Mise à niveau** |
| Votre structure est-elle liée juridiquement à **Cidées Certification** ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Votre structure a-t-elle des liens personnels ou commerciaux avec **Cidées Certification** *(direction, personnel, ressources partagées…)* ? | [ ]  OUI | [ ]  NON |
| Au cours des 2 dernières années, l'organisme *(ou un de ses sites)* a-t-elle reçu des prestations de conseil liées à l’évaluation demandée ? | [ ]  OUIMerci d'indiquer la date de fin d'intervention\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Merci d'indiquer le nom de l'organisme\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Nom de l’intervenant chez vous :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | [ ]  NON |

|  |
| --- |
| **6 – Informations complémentaires** |
| Commentaires divers ou souhaits particuliers | Frais de déplacements inclus ? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.Date butoir pour envoi PROPAL ? . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Demande de regroupement effectuée auprès de votre ATC ? . \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |
| Comment avez-vous connu **Cidées Certification** ? *(Plusieurs choix possibles)* | [ ]  Liste HAS sur Synaé[ ]  Site internet [www.cidees-certification.com](http://www.cidees-certification.com) [ ]  Sur recommandation de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_..[ ]  Autres (à préciser) : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. |

[ ]  Je souhaite m’inscrire à la Newsletter « **CidéesNews** » qui a pour but de décrypter le référentiel HAS, par thème et de zoomer sur les **critères impératifs.**

**Je joins à cette demande de candidature un organigramme.**

Je certifie conformes toutes les informations fournies dans ce présent document. Dans le cas contraire, l’offre qui me sera envoyée pourra être révisée ou annulée.

Fait à : Le :

Signature et cachet de l’ESSMS :