*(Compléter un dossier par numéro FINESS)*

|  |
| --- |
| **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 |  |

|  |
| --- |
| **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 |  |
| 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 joins à cette demande de candidature **un organigramme et l’autorisation d’ouverture**.

Je certifie conformes toutes les informations fournies dans ce présent document et les éventuelles annexes jointes (ex : certificats). Dans le cas contraire, l’offre qui me sera envoyée pourra être révisée ou annulée.

Fait à : Le :

Signature et cachet de l’ESSMS :

*Ce dossier est à renvoyer accompagné des pièces jointes à* *essms@cidees-certification.com*