*(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*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 ? | OUI  Merci 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 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 :

*Ce dossier est à renvoyer accompagné des pièces jointes à* [*essms@cidees-certification.com*](mailto:essms@cidees-certification.com)