|  |
| --- |
| **Dossier de Demande de financement régional**  **Contrat Tourisme Social et Solidaire (TSS)** |

****

**Les dossiers complets doivent être envoyés par courrier et adressés à :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Pour les projets situés en Ariège, Aveyron, Gers, Haute-Garonne, Hautes-Pyrénées, Lot, Tarn et Tarn-et-Garonne | * Pour les projets situés dans l’Aude, le Gard, l’Hérault, la Lozère et les Pyrénées-Orientales |
| Madame la Présidente de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée  Hôtel de Région  Direction du Tourisme et du Thermalisme  22 boulevard du Maréchal Juin  31406 TOULOUSE CEDEX 9  **Contact :**  Tel : 05 61 33 51 36 | Madame la Présidente de la Région Occitanie / Pyrénées-Méditerranée  Hôtel de Région  Direction du Tourisme et du Thermalisme  201 avenue de la Pompignane  34064 MONTPELLIER CEDEX 2  **Contact :**  Tel : 04 34 35 76 89 |

**Attention** **: La demande de financement devra être antérieure au commencement de l’exécution du programme de l’opération** pour lequel un dossier est déposé.

*Cadre réservé à l’administation :*

|  |  |
| --- | --- |
| Direction Du Tourisme et Du Thermalisme | |
| N° de dossier |  |
| DOSSIER RECU LE : | DOSSIER COMPLET LE : |

**PARTIE I – IDENTIFICATION DE L’ETABLISSEMENT**

**Il s’agit :**

1. d’un Village de Vacances 🞏

2. d’une Maison Familiale de Vacances 🞏

3. d’un Centre de Vacances 🞏

4. d’une Auberge de jeunesse 🞏

5. d’un Centre international de séjour 🞏

**Conditions d’éligibilité pour les 5 catégories précédentes (conditions cumulatives):**

⮚ Ouverture annuelle de l’établissement de 4 mois minimum : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser la/les période(s) d’ouverture* :

⮚ **et/ou**, existence d’une convention en vigueur dans l’année précédant le dépôt de dossier avec un organisme social d’aide aux vacances : 🞏 oui 🞏 non

*Joindre la copie de la convention au dossier et préciser le nom de l’organisme :*

⮚ **et/ou**, pour les villages de vacances, classement national tourisme minimum 1 étoile au moment du dépôt de dossier : 🞏 oui 🞏 non

*Joindre l’attestation de classement.*

6. Autre 🞏 préciser :

**Conditions d’éligibilité pour cette catégorie (conditions cumulatives) :**

⮚ Structure relevant de l’Economie Sociale et Solidaire (ESS) au sens de la loi n°2014-856 du 31/07/2014 relative à l’économie sociale et solidaire :  Oui  Non

*Préciser :*

⮚ **et**, mise en œuvre d’une politique tarifaire sociale :

a. Grille tarifaire calculée en fonction du quotient familial ou de la catégorie socio- professionnelle : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser et joindre tous justificatifs pertinents au dossier :*

b. ou participation à des opérations de solidarité pour permettre l’accès aux vacances. Par exemple : opération « séniors en vacances », opération « 1er départ en vacances »… : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser et joindre tous justificatifs pertinents au dossier :*

c. ou signature d’au moins une convention avec un organisme social d’aide aux vacances hors ANCV : 🞏 oui 🞏 non

*Joindre la copie de la convention au dossier et préciser le nom de l’organisme :*

⮚ **et**, accessibilité aux personnes handicapées :

a. Aménagements et équipements conformes à l’Agenda d’Accessibilité Programmée (Ad’AP) de la structure : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser et joindre tous justificatifs pertinents au dossier :*

b. ou détention de la marque « Tourisme & Handicap » : 🞏 oui 🞏 non

*Joindre la copie de l’attestation*

c. ou formation du personnel à l’accueil de public handicapé : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser et joindre tous justificatifs pertinents au dossier :*

d. ou mise en œuvre de séjours/offres adaptés à un public handicapé : 🞏 oui 🞏 non

*Préciser et joindre tous justificatifs pertinents au dossier :*

⮚ **et** projet de développement et d’investissements permettant une montée en gamme :

🞏 oui 🞏 non

*Préciser :*

⮚ **et** être classé au minimum 1 étoile pour les structures relevant du classement national tourisme.

🞏 oui 🞏 non *Joindre l’attestation de classement.*

**Identification de l’établissement**  :

Nom de l’établissement :

Adresse complète :

Code postale : Ville :

Téléphone : Fax :

E-mail :

Site Internet :

Nom du propriétaire :

Nom du gestionnaire :

Date de création de l’établissement :

Durée d’ouverture sur l’année :

Description des principales activités : *Préciser la nature des produits et/ou prestations touristiques proposés (types d’activités, équipements, capacité d’accueil…)*

Maque Qualité Tourisme : 🞏 oui 🞏 non (transmettre copie de l’attestation)

Label qualité tourisme régional ou infra régional :  oui  non (transmettre copie de l’attestation)

Label Tourisme et Handicap : 🞏 oui 🞏 non (transmettre copie de l’attestation)

Autre qualification :

Union, fédération, réseau auquel est affilié l’établissement :

Adhésion UNAT (Union Nationale des Associations de Tourisme et de plein air) : 🞏 oui 🞏 non

**PARTIE II – IDENTIFICATION DU DEMANDEUR/ MAITRE D’OUVRAGE**

1. **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR/ MAITRE D’OUVRAGE**

**Le Maître d’ouvrage est :**

* Le propriétaire
* Le gestionnaire de l’établissement
* Autre

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personne morale** | | 🞏 Organisme public  🞏 Organisme privé | |
| **Raison Sociale** | |  | |
| **Structure** | |  nationale  départementale  régionale  locale  Autre : | |
| **Nom de la structure (demandeur/ Maître d’ouvrage)**  *si différent de la raison sociale* | |  | |
| **Forme juridique** | |  | |
| **N° SIRET :**  **Code NAF (APE) :** | | | |
| **Date de création de la structure** | |  | |
| **Régime TVA** | Assujetti Non assujetti Partiellement assujetti au taux de \_\_\_\_\_\_\_ % | | |
| **Date de début de l'exercice comptable** | | | 1er janvier Autre : |
| **Commissaire aux comptes** | |  oui  non | |

1. **COORDONNEES DU DEMANDEUR/ MAITRE D’OUVRAGE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Coordonnées *(siège social)*** | **Adresse de correspondance**  **(*si différente)*** |
| **Adresse** |  |  |
| **Code postal** |  |  |
| **Commune/pays** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal** | **Référent technique ou responsable du projet *(si différent)*** |
| **Civilité** | Madame - Monsieur | Madame - Monsieur |
| **Nom prénom :** |  |  |
| **Fonction :** |  |  |
| **Tél :** |  |  |
| **Mail :** |  |  |

1. **Données financieres du demandeur**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N-2 | N-1 | n  prévisionnel | N+1 prévisionnel | N+2  prévisionnel |
| Total Bilan (€) |  |  |  |  |  |
| Chiffre d’Affaires (€) |  |  |  |  |  |
| Résultats nets (€) |  |  |  |  |  |
| Capacité d’autofinancement (€) |  |  |  |  |  |
| Capitaux propres (€) |  |  |  |  |  |
| Nombre d’Equivalent Temps Plein (ETP) |  |  |  |  |  |

1. **POUR LES ENTREPRISES** *(à compléter uniquement pour les entreprises)*

**Enregistrement au :**   registre du commerce et des sociétés   répertoire des métiers

**Composition du Capital social**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom actionnaire** | **Part de capital social détenu (%)** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |
| --- |
| **Appartenance à un groupe ou holding** : 🞎 oui 🞎 non  Si oui, lequel :  Effectif global du groupe : Chiffre d’affaires du groupe : |

1. **POUR LES ASSOCIATIonS** *(à compléter uniquement pour les associations)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Numéro Registre National des Associations** |  |
| **Date de publication au Journal Officiel** |  |
| **Agrément administratif** |  oui  non  *Si oui : précisez le ou les types d’agréments et dates d’obtention* |
| **Label** |  oui  non  *Si oui : précisez le ou les types de labels et dates d’obtention* |
| **Association d’utilité publique** |  oui  non |
| Nombre d’adhérents : dont hommes femmes  Nombre de bénévoles : Nombre de volontaires : | |

Cadres dirigeants :

Pour les 3 plus hauts cadres dirigeants bénévoles et/ou salariés :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Pour les 3 plus hauts cadres dirigeants bénévoles et salariés : | Rémunération | Avantage en nature |
| Dirigeant 1 : |  |  |
| Dirigeant 2 : |  |  |
| Dirigeant 3 : |  |  |

1. **Financements publics reçus sur les trois dernières années**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Financeur** | **Montant attribué** | **Montant versé** | **Régime d’aide**  (ex. de minimis) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

***Joindre au dossier l’annexe III – Attestation de minimis***

**PARTIE III – IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE**

**A compléter uniquement si le gestionnaire est différent du Maître d’ouvrage**

1. **IDENTIFICATION DU GESTIONNAIRE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne morale** | 🞏 Organisme public  🞏 Organisme privé |
| **Raison Sociale** |  |
| **Structure** |  nationale  départementale  régionale  locale  Autre : |
| **Nom de la structure**  *si différent de la raison sociale* |  |
| **Forme juridique** |  |
| **N° SIRET :**  **Code NAF (APE) :** | |
| **Date de création de la structure** |  |

1. **COORDONNEES DU GESTIONNAIRE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Coordonnées *(siège social)*** | **Adresse de correspondance**  **(*si différente)*** |
| **Adresse** |  |  |
| **Code postal** |  |  |
| **Commune/pays** |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **Représentant légal** | **Référent technique ou responsable du projet *(si différent)*** |
| **Civilité** | Madame - Monsieur | Madame - Monsieur |
| **Nom prénom :** |  |  |
| **Fonction :** |  |  |
| **Tél :** |  |  |
| **Mail :** |  |  |

1. **Données financieres Du GESTIONNAIRE**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | N-2 | N-1 | n  prévisionnel | N+1 prévisionnel | N+2  prévisionnel |
| Total Bilan (€) |  |  |  |  |  |
| Chiffre d’Affaires (€) |  |  |  |  |  |
| Résultats nets (€) |  |  |  |  |  |
| Capacité d’autofinancement (€) |  |  |  |  |  |
| Capitaux propres (€) |  |  |  |  |  |
| Nombre d’Equivalent Temps Plein (ETP) |  |  |  |  |  |

**PARTIE IV– DESCRIPTIF DE L’OPERATION**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé de l’Opération** |  | |
| **Localisation de l’opération** *(si différente de l’adresse) :* | | |
| **Nature et descriptif du projet d’investissements : Présentation synthétique de l’opération et des objectifs.**  La présentation du projet sera détaillée explicitement dans le Business Plan (modèle annexe I) | | |
| **Période de réalisation de l’opération** | | Du au  Durée en mois : |
| **Coût total prévisionnel des investissements** | | € HT ou TTC |

|  |  |
| --- | --- |
| **Autorisations administratives requises**  *🛈 Exemple d’autorisations : permis de construire, déclaration d’intérêt général, autorisation loi littoral…* |  oui  non |
| **Autorisations obtenues et date d’obtention** |  |
| **Autorisations restant à obtenir et dates prévisionnelles d’obtention** |  |

**PARTIE V– PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Financements sollicités** | **Montant en €** |
| Etat |  |
| Région Occitanie |  |
| Département |  |
| Communes/EPCI  Préciser : |  |
| ANCV |  |
| Europe (FEADER, FEDER…) |  |
| Autres : préciser |  |
| ***Sous-total financements publics*** |  |
| Autofinancement |  |
| Emprunt |  |
| Autres : préciser |  |
| ***Sous-total financements privés*** |  |
| **Total général (coût du projet)** |  |

**Prise en compte du taux de bonification de 5% :**

* L’établissement bénéficie de la marque Tourisme et Handicap :

 oui  non

*Joindre la copie de l’attestation*

* L’établissement participe à l’opération « 1er départ en vacances » à hauteur de 10% de la capacité d’accueil :

 oui  non

*Joindre les justificatifs correspondants*

* L’établissement emploie, sur site, le nombre minimum de travailleurs handicapés imposé par la loi du 11 février 2005 au moment du dépôt de la demande d’aide,

 oui  non

*Joindre l’attestation AGEFIPH*

* L’établissement met à disposition, pour l’ensemble des saisonniers, des logements bénéficiant du même niveau de confort minimum que ceux destinés à la clientèle.

 oui  non

*Joindre les justificatifs correspondants*

**PARTIE VI- OBLIGATIONS ET ATTESTATIONS DU PORTEUR DE L’OPERATION**

Je soussigné(e) , en qualité du signataire et représentant légal (ou signataire avec délégation du représentant légal), sollicite une aide régionale destinée à la réalisation de l’opération intitulée :

J'atteste sur l'honneur :

* L’exactitude des renseignements de la demande de financement et du budget prévisionnel du programme d’actions ou plan de financement de l’opération,
* Que les dépenses mentionnées dans le plan de financement ou budget prévisionnel s’appuient sur des résultats de consultations d’entreprises, ou si le projet ne donne pas lieu à un marché public, sur des devis, factures pro-forma…,
* La régularité de la situation fiscale et sociale,
* Ne pas avoir sollicité d’autres ressources publiques et privées que celles présentées dans le présent dossier,
* Ne pas faire l’objet d’une procédure collective (ex : redressement, liquidation…) liée à des difficultés économiques, et ne pas être considéré comme une entreprise en difficulté au regard de la réglementation européenne des aides d’Etat,
* Ne pas faire l’objet d’un litige, suite à la saisine du défenseur des droits (lutte contre les discriminations),
* Respecter les obligations légales en matière de formation des salariés de l’établissement,
* Respecter les dispositions du code du travail et plus largement des exigences en matière sociale et éthique.

Je m’engage à respecter les obligations suivantes :

* Agir contre toute forme de discrimination au sein de l’établissement,
* Mettre en œuvre des mesures pour l’égalité homme-femme,
* Mettre en œuvre des démarches relatives à l’efficacité énergétique *(pour les établissements de moins de 250 salariés)*,
* Réaliser un Audit énergétique *(pour les établissements de plus de 250 salariés)*,
* Rechercher une solution de recours aux énergies renouvelables dès la phase de faisabilité pour la rénovation et/ou la construction de bâtiment *(uniquement pour les organismes publics)*
* Maintenir l’activité pendant une durée de 5 ans,
* Fournir toute pièce complémentaire jugée utile pour instruire la demande et suivre la réalisation de l'opération ou du programme d’actions,
* Informer le service instructeur en cas de modification du programme d’actions, de l’opération ou de son déroulement (ex : période d’exécution, localisation de l’opération, engagements financier, données techniques…) y compris en cas de changement de ma situation (fiscale, sociale…), de ma raison sociale, etc.
* Informer la Région de tout changement dans ma situation juridique, notamment toute modification des statuts, dissolution, fusion, toute procédure collective en cours et plus généralement de toute modification importante susceptible d’affecter le fonctionnement de la personne morale (ou physique),
* Respecter les règles de commande publique, pour les organismes soumis à l’ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015,
* Tenir une comptabilité pour tracer les mouvements comptables de l’opération,
* Dûment justifier les dépenses en cas d’attribution du financement,
* Faire état de la participation de la Région en cas d’attribution du financement,
* Me soumettre à tout contrôle technique, administratif, comptable et financier, et communiquer toutes pièces et informations en lien avec le programme d’actions ou l’opération.

Le non-respect de ces obligations est susceptible de générer un reversement partiel ou total du financement régional.

Fait à , le

Cachet et signature du porteur de projet (représentant légal ou délégué)

Fonction du signataire :

|  |  |
| --- | --- |
| **Pièces obligatoires à fournir**  **pour le CONTRAT Toursime Social et Solidaire**  **N.B : la Région pourra demander toute autre pièce nécessaire à l’instruction du dossier** | Cadre réservé à l’administation |
| **Pour tous les demandeurs** | |
| * Présent formulaire de demande complété et signé |  |
| * Dans le cas d’une création, d’une reprise d’établissement ou pour un établissement de moins de 18 mois d’existence : Business Plan (selon le modèle présenté en annexe I) établi par un prestataire externe |  |
| * Pour les établissements existant depuis plus de 18 mois : Présentation du projet de l’établissement (ou Business Plan) selon le modèle présenté en annexe I |  |
| * Annexe II : Dépenses prévisionnelles du projet |  |
| * Annexe III : Attestation *de minimis* |  |
| * RIB |  |
| * Attestation de non assujettissement à la TVA (le cas échéant) |  |
| * Pièces justificatives des dépenses prévisionnelles : devis ou estimatif signé de l’architecte |  |
| * Comptes de résultats prévisionnels à 3 ans de l’établissement |  |
| * Accord bancaire en cas de recours à l’emprunt |  |
| **Pour les organismes privés** | |
| * Les documents justifiant de l’existence juridique du demandeur : * Pour les entreprises : k-bis de moins de 3 mois * Pour les associations : copie des insertions au Journal Officiel (ou récépissé de la préfecture) |  |
| * Copie des statuts signés et datés |  |
| * Liste des membres du conseil d’administration ou du bureau (le cas échéant) |  |
| * Attestation de régularité sociale (téléchargement sur le site de l’URSSAF) |  |
| * Liasses fiscales complètes et Solde Intermédiaire de Gestion **des deux derniers** **exercices** clôturés |  |
| * Pour les entreprises appartenant à un groupe : organigramme précisant les niveaux de participation, effectifs, chiffre d'affaires, dernier bilan consolidé des entreprises du groupe certifié (le cas échéant) |  |
| **Pour les organismes publics** | |
| * Liste des membres de l’assemblée délibérante, du Conseil d’Administration ou du bureau en vigueur |  |
| * Délibération autorisant l’exécutif à solliciter un financement |  |
| * Comptes des deux exercices clôturés | ☐ |
| * La délibération approuvant le plan de financement de l’opération |  |
| * Pour les établissements publics : une copie des statuts en vigueur datés et signés |  |
| * Pour les Maîtres d’Ouvrage public : contrat de gestion de l’exploitation |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour les établissements autres que villages de vacances, maisons familiales de vacances, centres de vacances, auberge de jeunesse et centres internationaux de séjour**  **(catégorie 6 du Dispositif contrat tss)** | |
| * Documents justificatifant la mise en œuvre d’une politique tarifaire sociale (cf.p2 du formulaire de demande de finnacement) :   + Grille tarifaire calculée en fonction du quotient familial ou de la catégorie socio-professionnelle,   + **ou** participation à des opérations de solidarité pour permettre l’accès aux vacances. Par exemple : opération « séniors en vacances », opération « 1ers départ en vacances »…,   + **ou** signature d’au moins une convention avec un organisme social d’aide aux vacances hors ANCV. |  |
| * Documents justifiant la mise en œuvre de démarches permettant l’accessibilité aux personnes handicapées (cf.p2 du formulaire de demande de finnacement) :   + aménagements conformes à l’Ad’AP,   + **ou** attestation marque Tourisme et Handicap,   + **ou** formation du personnel à l’accueil de public handicapé,   + **ou** mise en œuvre de séjours/offres adaptés à un public handicapé |  |
| **Autres pièces à fournir au moment du dépôt du dossier de financement** | |
| * Attestation de classement pour les établissements d’hébergement relevant du classement national tourisme |  |
| * Copie de la convention en vigueur avec un organisme social d’aide aux vacances pour les établissements suivants : Village de Vacances, Maison Familiale de Vacances, Centre de Vacances, Auberge de jeunesse et Centre international de séjour |  |
| * Pour les villages de vacances : agrément village de vacances délivré par le Secrétariat d’Etat au Tourisme et agrément social délivré par le Ministère des Affaires Sociales |  |
| * Agrément de l’établissement relatif à l’accueil des jeunes décerné par le Ministère de la Jeunesse et des Sports (le cas échéant) |  |
| * Agrément de l’établissement relatif à l’accueil de scolaires, décerné par le Ministère de l’Éducation Nationale (le cas échéant) |  |
| * Copie des labellisations/marques de l’établissement en lien avec l’activité touristique (le cas échéant) : marque Tourisme et Handicap, Qualité tourisme, Clef verte… |  |
| **En cas de travaux :** |  |
| * Si propriétaire des murs : Titre de propriété |  |
| * Si non propriétaire des murs : document contractuel liant le propriétaire des murs et le maître d’ouvrage et autorisation du propriétaire des murs à effectuer les travaux |  |
| * Déclaration ou autorisation de permis de construire acceptée (le cas échéant) |  |
| * Plan des locaux et des aménagements prévus |  |
| * Mission de maîtrise d’œuvre complète dans le cas de travaux supérieurs à 200 000 € |  |
| * Copie de l’Agenda d’Accessibilité Programmée si les travaux concernent la mise en conformité au titre de l’accessibilité en faveur des publics en situation de handicap |  |
| * Copie des préconisations établies par la Commission de Sécurité et d’Accessibilité si les travaux concernent la mise en conformité au titre de la sécurité incendie |  |
| **Pièces necessaires pour justifier**  **de la bonification du taux d’intervention de 5%** | |
| * Attestation Marque Tourisme et Handicap de l’établissement * **Ou** attestation et justificatifs de l’établissement sur la participation à l’opération « 1ers départs en vacances » à hauteur de 10% de la capacité d’accueil de l’établissement. * **Ou** attestation AGEFIPH indiquant que l’établissement emploie le nombre minimum de travailleurs handicapés imposé par la loi du 11 février 2005 au moment du dépôt de la demande d’aide, * **Ou** attestation et justificatifs de l’établissement sur la mise à disposition, pour l’ensemble des saisonniers, des logements bénéficiant du même niveau de confort minimum que ceux destinés à la clientèle. |  |