Service public de Wallonie

**Direction générale opérationnelle Economie, Emploi et Recherche**

**Département de l’Emploi et de la Formation professionnelle**

**Place de la Wallonie, 1 - Bâtiment II - 4ème étage**

**5100 JAMBES (NAMUR)**

**Télécopie : 081/33.43.22**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **STRUCTURES D'ACCOMPAGNEMENT**  **A L'AUTOCREATION D'EMPLOI**  **« S.A.A.C.E. »** |  |

**FORMULAIRE DE DEMANDE D’AGREMENT DE LA REGION WALLONNE**

Décret du Conseil Régional wallon du 15 juillet 2008 relatif aux structures d'accompagnement à l'autocréation d'emploi, en abrégé " S.A.A.C.E. " modifié par le décret du 20 février 2014 modifiant divers décrets en matière d’emploi.

Arrêté du Gouvernement wallon du 23 avril 2009   
portant exécution du décret du 15 juillet 2008.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Cadre réservé à l’Administration** | | | |
|  | **NOM de la structure:** |  |
|  |  |  |
|  | **LOCALITE** : |  |
|  |  |  |
|  | **N° dossier** **:** |  |
|  |  |  |
|  | **Date de réception :** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| **Ce modèle est téléchargeable sur le site http://emploi.wallonie.be** |
| ***Il doit être complété en 2 exemplaires et dactylographié  + 1 exemplaire par voie électronique (***[***geoffrey.lecomte@spw.wallonie.be***](mailto:geoffrey.lecomte@spw.wallonie.be) ***et*** [***isabelle.thomas@spw.wallonie.be***](mailto:isabelle.thomas@spw.wallonie.be)***)*** |

**Structure du formulaire**

|  |  |
| --- | --- |
| 1. **Renseignements généraux** |  |
| 1. **Présentation des activités de l’organisme** |  |
| 1. **Ressources humaines** |  |
| 1. **Aspects financiers et comptables** |  |
| 1. **Déclaration sur l’honneur et signature(s)** |  |
| Liste des annexes et pièces à joindre |  |

###### Contact :

LECOMTE Geoffrey, Attaché, 081/33.43.44, [geoffrey.lecomte@spw.wallonie.be](mailto:geoffrey.lecomte@spw.wallonie.be)

THOMAS Isabelle, Attachée, 081/33.42.78, [isabelle.thomas@spw.wallonie.be](mailto:isabelle.thomas@spw.wallonie.be)

En application de la loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l’égard du traitement de données à caractère personnel, veuillez noter que le traitement de ces données est confié au Département de l’Emploi et de la Formation professionnelle de la Direction générale opérationnelle Economie, l’Emploi et Recherche. Le maître du fichier est la Région wallonne. Le traitement est destiné à examiner votre demande d'agrément comme structure d’accompagnement à l’autocréation d’emploi. Vous pouvez avoir accès aux données qui vous concernent et en obtenir la rectification éventuelle en vous adressant auprès du Département de l’Emploi et de la Formation professionnelle, Place de la Wallonie n° 1, bât. II, à 5100 JAMBES, tél. 081/33.31.11 fax 081/33.43.22. Il est possible d’obtenir des renseignements supplémentaires sur les traitements automatisés de données à caractère personnel auprès de la Commission de la protection de la vie privée.

**I / Renseignements généraux**

1. **Dénomination :**
2. **Numéro d’entreprise**: ⁭⁭⁭⁭-⁭⁭⁭-⁭⁭⁭
3. **Forme juridique :**  
   S.A.  S.P.R.L.  S.C.R.L.  G.I.E.

Finalité sociale : oui  non

ASBL

1. **Coordonnée du siège social :**  
   Rue : N° : Boîte :   
   Code Postal : Localité :   
   N° Tél. : N° Fax :   
   E-Mail :   
   Site Internet :
2. **Coordonnées du siège principal d’activité en Région wallonne[[1]](#footnote-1) :**   
   Rue : N° : Boîte :   
   Code Postal : Localité :   
   N° Tél. : N° Fax :   
   E-Mail :
3. **Adresse des antennes décentralisées en Région Wallonne :   
   1.** Rue : N° : Boîte :   
   Code Postal : Localité :   
   N° Tél. : N° Fax : Courriel : **2.** Rue : N° : Boîte :   
   Code Postal : Localité :   
   N° Tél. : N° Fax : Courriel : **3.** Rue : N° : Boîte :   
   Code Postal : Localité :   
   N° Tél. : N° Fax : Courriel :

**4.** Rue : N° : Boîte :   
Code Postal : Localité :   
N° Tél. : N° Fax : Courriel :

1. **Numéro de compte bancaire :**
2. **Numéro d’entreprise :**
3. **Date d’immatriculation au Greffe du Tribunal de commerce :**
4. **Date de publication des statuts au Moniteur belge[[2]](#footnote-2) :**
5. **Immatriculé à la TVA :**

Oui  Non  Si non : Assujetti Oui   
 Non

1. **Numéro d’immatriculation à l’ONSS :**
2. **Coordonnées de la personne de contact pour le suivi du dossier de demande d’agrément :**Nom : Prénom :   
   N° Tél. : N° Fax :   
   Courriel :

#### II / Description des activités de l’organisme

1. **1. Présentation des activités de votre organisme et de ses spécificités en termes de méthodologie**

**2. Nombre d’heures de suivi actif mensuel moyen par candidat entrepreneur (porteur de projet)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Nombre d’heures en entretiens individuels, coaching et suivi | Nombre d’heures en entretiens collectifs | Nombre total d’heures | Nombre moyen d’heures mensuelles de suivi |
| Accompagnement sans mise en situation |  |  |  |  |
| Accompagnement avec mise en situation |  |  |  |  |
| Post-création |  |  |  |  |

*Veuillez décrire précisément ci-dessous ce que recouvrent les prestations d’accompagnement en détaillant ce que vous prenez en compte pour déterminer le nombre d’heures repris dans le tableau de la page précédente*

**3. Capacité d’accueil de votre organisme**

*Veuillez mentionner le nombre de places annuelles disponibles au sein de l’organisme*

…… places sans mise en situation réelle.

…… places avec mise en situation réelle.

**4. Autres agréments en lien avec l’objectif d’autocréation d’emploi (outils de financement, …)**

Votre organisme est-il actuellement détenteur d’agrément(s), reconnaissance(s) ou autre(s) en relation avec les activités de S.A.A.C.E ?

⁭ oui ⁭ non

Si oui, précisez le(s)quel(s) :

|  |  |
| --- | --- |
| 1 |  |
| 2 |  |
| 3 |  |
| 4 |  |
| 5 |  |
| 6 |  |
| 7 |  |

**5. Public visé (en pourcentage)**

* D.E.I.:
* Indépendants TPE/PME :
* salariés :
* autres (à préciser) :

1. Moyens matériels de l’organisme

Veuillez indiquer les informations correspondant à la situation de l'organisme à la date de la demande d'agrément.

1. Moyens de l’organisme pour son propre fonctionnement (inventaire mobilier et matériel) en lien avec l'objectif

2. Moyens spécifiques (mobilier et matériel) que l’organisme met à disposition des porteurs de projets pour développer leur activité

1. Quels sont les partenariats mis en œuvre avec des opérateurs d’appui pour atteindre l’objectif de création d’activité indépendante ?

*Si ce(s) partenariat(s) s'appuie(nt) sur une (des) convention(s), veuillez en joindre un exemplaire en annexe.*

1. Comité de validation

Veuillez citer (si connus) les noms et prénoms des 3 experts indépendants siégeant au sein du Comité de validation et l’organisme qu’ils représentent :

1. ……………………………………… ……………………………………….
2. ……………………………………… ……………………………………….
3. ……………………………………… ………………………………………..

Au cas où l’activité de la S.A.A.C.E. porte également sur le « repreneuriat » (à décrire au point II. 14 du présent formulaire), veuillez citer (si connus) les nom et prénom du représentant de la SOWACCESS invité à siéger au sein du Comité de validation.

1. ……………………………………………………
2. Démontrez la pertinence et la plus-value de l’organisme dans la (les) sous-région(s) où il propose de développer son activité

*Appuyez-vous sur la réponse apportée à la question 16) pour démontrer cette plus-value*

III / Ressources humaines

1. Le responsable de l’organisme :

Nom : Prénom :   
N° de registre national :   
Statut :

Régime de travail : temps plein :  temps partiel :

1. Ressources humaines internes de la S.A.A.C.E. au moment de l’introduction de la demande d’agrément

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom et prénom** | **Heures prestées/sem (total)** | **Heures prestées/sem affectées à l’activité SAACE** | **Date d’engagement** | **Statut du personnel, fonction** | Qualification/ **expérience** |
| **1** |  |  |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |

Le régime de travail dans l’organisme est de …….heures par semaine pour un temps plein.

1. Ressources humaines externes

Devez-vous faire appel à des prestations extérieures pour la mise en œuvre de l’activité SAACE ? Si oui, veuillez préciser ci-dessous, le nom de l’(des) organisme(s) partenaire(s) et le nombre d’heures de formation ou de suivi prises en charge par ce(s) partenaire(s) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Dénomination du partenaire | Nombre total d’heures prises en charge |
| 1 |  |  |
| 2 |  |  |
| 3 |  |  |
| 4 |  |  |
| 5 |  |  |
| 6 |  |  |
| 7 |  |  |

#### IV/ Aspects financiers et comptables

**16) Indiquez et détaillez ci-après le projet de budget global de votre organisme pour l'année civile 2020 (en distinguant vos différentes sources de financement)**

**17) Plan financier sur les années 2020, 2021, 2022 et 2023**

**V/ Déclaration sur l'honneur et signature(s)**

Le(s) soussigné(s) (nom, prénoms, fonction, adresse) :

dûment habilité(s) à représenter la structure qui, par la présente, sollicite(nt) l’agrément de la Région wallonne en qualité de S.A.A.C.E., déclare(nt) sur l’honneur :

1. que les renseignements mentionnés dans le formulaire de demande sont exacts et complets ;

2. ne pas se trouver en état de faillite ou d’insolvabilité notoire, ni faire l’objet d’une procédure de déclaration de faillite;

1. ne pas être redevable d’arriérés d’impôts, ni d’arriérés de cotisations à percevoir par l’Office national de sécurité sociale, par un fonds de sécurité d’existence ou pour le compte de celui-ci, quelle qu’en soit la nature ;
2. accepter que les fonctionnaires désignés à cet effet par le Gouvernement wallon procèdent, auprès de la structure sollicitant l'agrément de la Région wallonne, à tout contrôle que peut nécessiter l’exécution du décret du 15 juillet 2008 et de l’arrêté d’exécution du 23 avril 2009;
3. ne pas compter, parmi ses administrateurs, gérants, mandataires ou autres personnes habilitées à engager la S.A.A.C.E., des personnes qui ont été privées de leurs droits civils et politiques.

En outre, le(s) soussigné(s) s'engage(nt) :

1. à conclure une convention partenariale telle que visée à l'article 5, § 1er, 9°, du décret susmentionné;
2. à conclure avec les porteurs de projets un plan d’actions individualisé, visé à l’article 5, §1er, 8° du décret susmentionné, fixant les objectifs à atteindre au cours de l’accompagnement ;
3. à conclure avec chaque porteur de projet une convention fixant les droits et obligations de chaque partie ;
4. à respecter les dispositions prévues à l’article 3, §1er du décret susmentionné ;
5. à, lorsque la S.A.A.C.E. propose d’organiser une mise en situation réelle des porteurs de projets qu’elle accompagne,

* démontrer la capacité de la S.A.A.C.E. à organiser une mise en situation des porteurs de projets ;
* tenir une comptabilité analytique par porteur de projets ;
* constituer un fonds de garantie alimenté par le solde éventuel des recettes générées par l’activité menée par chaque porteur de projet, déduction faite des rémunérations et/ou du capital constitué versés aux porteurs de projets et des frais de gestion non couverts par les subventions supportés par la structure ;

1. à produire un budget global pour l’année civile suivant l’exercice en cours, et une comptabilité générale qui distingue les différentes sources de subventionnement ;
2. à créer un comité de validation dans les 3 mois à dater de la notification de la décision d’agrément.

**Fait à :**

**Date :**

Nom et Qualité :

Signature (mention manuscrite “ lu et approuvé ”) :

Nom et Qualité :

Signature (mention manuscrite “ lu et approuvé ”) :

**VI/ Liste des annexes et pièces à joindre**

**Attention : les documents déjà en possession de l’Administration et pour lesquels il n’y a pas eu de modifications ne doivent plus être rentrés.**

1. Copie des statuts de la structure sollicitant l'agrément en tant que S.A.A.C.E. ;
2. Copie de la convention de partenariat conclue avec le Forem ;
3. Modèle de convention à conclure avec chaque porteur de projet ;
4. Composition du conseil d’administration de la structure ;
5. Copie du rapport d'inspection ou de la demande d'inspection des locaux de chaque antenne par le service incendie ainsi que de tout document délivré par un organisme agréé pour le matériel présentant des risques éventuels pour les porteurs de projets.

1. Si différent du siège social. [↑](#footnote-ref-1)
2. Si les statuts ne sont pas encore publiés au M.B, joindre une copie signée. [↑](#footnote-ref-2)