|  |
| --- |
| spw_soc_fr.png |
| Service public de Wallonie Intérieur et Action socialeDépartement de l’Action sociale Direction de l’Action sociale |

RAPPORT D’INSPECTION

**CENTRE DE SERVICE SOCIAL (CSS)**

Code wallon de l’Action sociale et de la Santé : articles 131 à 133.

Code réglementaire wallon de l’Action sociale et de la Santé : articles 183 à 199.

**Concerne** :

Centre de Service Social - RW/CSS/…...

**Objet** :

Fonctionnement général du service.

**Date de l’inspection :** Cliquez ici pour entrer une date.

**Dates des visites d’inspection des antennes :** \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

**Inspecteur/trice :** Choisissez un élément.

**Accompagnateur :** Choisissez un élément.

**Personne(s) rencontrée(s) :**

(Nom, prénom, fonction)

* ………………. ;
* ………………. ;
* ………………. .

**Dernière visite d’inspection** : \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

|  |  |
| --- | --- |
| **Remarques et recommandations qui avaient été formulées lors de la dernière visite d’inspection** | **Réponses apportées** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

1. **L’INSTITUTION**

**Représentants légaux et statuts** (CD art. 131 1° et CR art. 186 1°) :

Mutualité

A.S.B.L.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ***Coordonnées*** | ***Adresse*** | ***Téléphone*** |
| Siège social |  |  |
| CSS |  |  |

**Pour les mutualités :**

Nom de l’administrateur :

**Pour les A.S.B.L. :**

Date des dernières modifications statutaires : \_ \_/\_ \_/\_ \_ \_ \_

* Président (e) :
* Secrétaire :
* Trésorier (ère) :

L’A.S.B.L. respecte-t-elle le Décret « Mixité » du 9 janvier 2014 entré en vigueur le 28 janvier 2014 ? (Destiné à promouvoir une représentation équilibrée des femmes et des hommes dans les conseils d’administration des organismes privés agréés par la Région wallonne, ce Décret impose de composer le CA avec un maximum de 2/3 de personnes du même genre) :

oui  non

→ le CA comporte … administrateurs : … hommes et … femmes.

Si non, pour quel(s) motif(s) :

dérogation (motif et durée) : ……………………

autres : ……………………

1. **PERSONNEL**

Le CSS est agréé pour **ETP**.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Noms et prénoms | Volume prestations | Qualifications | Affectations (secteur géographique et/ou activités précises) |
| Responsable du service ou  coordinateur |  |  |  |  |
| Travailleurs sociaux [[1]](#footnote-1) |  |  |  |  |
|  | Nombre : | ETP : |  |  |

La moitié des professionnels qualifiés sont titulaires du diplôme d’assistant social *(CD art. 131 3° et CR art. 186 7° al. 2)* : oui  non

N.B : toute modification relative au personnel doit être communiquée impérativement à l’Administration.

1. **FONCTIONNEMENT DU SERVICE SOCIAL**

Le service social est aidé par du personnel administratif : oui  non

Les dossiers sont dématérialisés : oui  non

Réunions du service social (interne, externe, coordination, …) :

* Fréquence :

Le service social participe à diverses formations : oui  non

* Explication :

Documentations diverses mises à disposition : oui  non

1. **SECRETARIAT - PERMANENCES**
2. **Secrétariat central**

Le Centre dispose d’un secrétariat central : *(CD art. 131 4°, CR art. 186 3°)* oui  non

Si mutuelle, y a-t-il réelle distinction entre le Centre de service social et le service administratif chargé des affiliations : oui  non

Le responsable du Centre atteste qu’une permanence hebdomadaire de 10 h. minimum par ETP agréé est assurée[[2]](#footnote-2) ? : *(CD art. 131 5°, CR art. 186 4°)* oui  non

Le responsable du Centre atteste que la permanence est assurée au moins 44 semaines par an : *(CD art. 131 6°, CR art. 186 7° al. 3)* oui  non

Le responsable du Centre atteste que le service est accessible à tous : *(CD art. 131 8°, CR art. 186 6°)* oui  non

Le responsable du Centre atteste que les permanences sont assurées uniquement par des professionnels qualifiés : *(CD art. 131 2°, CR art. 186 7° al. 3)* oui  non

1. **Bureaux de consultation**

Le Centre dispose d’un ou de plusieurs bureaux de consultation (CD art 131 4°, CR art. 186 3°) oui  non

Nombre de lieux de permanences sociales agréées : \_ \_

Nombre de lieux de permanences sociales non agréées : \_ \_

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bureaux de consultation visités (lieux agréés)** | **Salle d’attente** *(CD art. 131 7°, CR art. 186 5°)* | **L’équipement général permet-il d’assurer la mission avec efficacité** *(CD art. 131 7°, CR art. 186 5°)* | **Les conditions assurent-elles la confidentialité** *(CR art. 186 5°)* | **Conformité de l’affichage** *(CD art. 133 5°, CR art. 198)* | **Horaire de permanence sans rdv (pour chaque bureau)** |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
| (nom et/ou adresse) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

Remarques éventuelles :

1. **MISSIONS DU CENTRE**

*(CR art. 183 et 184)*

*(A dupliquer pour chaque antenne visitée).*

1. **Travail social individuel** :

Spécificité de la population aidée :

Interventions :

*(décrire celles-ci brièvement selon qu’elles ont un caractère administratif, matériel, financier ou autre)*

*.*

1. **Actions collectives et/ou communautaires orientées vers les usagers** :
2. **CONCLUSIONS**
3. **SUIVI SOUHAITE**

**Suivi souhaité par l’inspecteur/trice :**

Aucune remarque

Avec remarque(s) sans délai :

Avec remarque(s) avec délai de …. jours à dater de la date d’envoi du courrier :

Autre(s) :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :

Prénom et Nom de l'Inspecteur/trice,

Titre,

Inspecteur/trice

1. **AVIS / REMARQUES DU TITULAIRE**

Aucune remarque

Avec remarque(s) sans délai :

Avec remarque(s) avec délai de …. jours à dater de la date d’envoi du courrier :

Autre(s) :

Date : Cliquez ici pour entrer une date.

Signature :

1. Travailleurs sociaux : min. 3 ETP dont 1 doit prester à temps plein *(CD art. 131 2° et CR art. 186 2° et 7° al. 2)* [↑](#footnote-ref-1)
2. Permanences téléphoniques non acceptées [↑](#footnote-ref-2)