

**APPEL** **A** **CANDIDATURE**

**CONSEIL** **DEPARTEMENTAL** **DE** **LA** **CITOYENNETE** **ET** **DE** **L’AUTONOMIE** **DU LOIRET**

**RENOUVELLEMENT** **2024**

**1er** **collège** **–** **Commission** **personnes** **âgées** **Représentants** **des** **usagers** **retraités,** **des** **personnes** **âgées,** **de** **leurs**

**familles** **et** **proches** **aidants**

**Représentants** **des** **personnes** **âgées,** **de** **leurs** **familles** **et** **des** **proches** **aidants** **désignés** **sur** **propositions** **des** **associations**

**Identification** **de** **l’autorité** **passant** **l’appel** **à** **candidature**

Monsieur le Président du Conseil départemental du Loiret Département du Loiret

45 945 ORLEANS

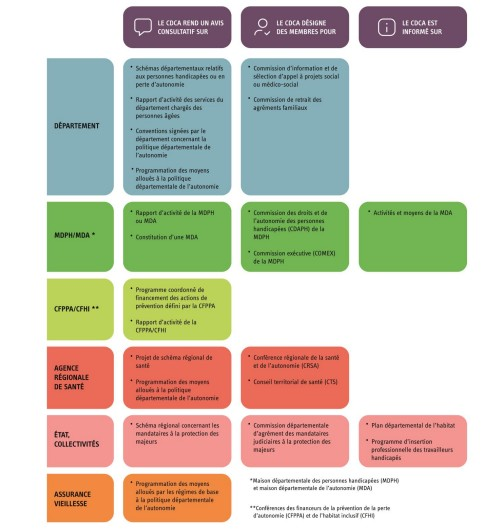
**Objet** **de** **l’appel** **à** **candidature**

En réponse à la loi relative à l’adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015, le Conseil départemental de la citoyenneté et de l’autonomie (CDCA) du Loiret a été renouvelé en 2024.

Le décret n°2016-1206 du 7 septembre 2015 relatif à la composition du CDCA prévoit, en son article 5, que le mandat des membres de l’instance soit fixé pour une durée de 3 ans. C’est dans ce cadre qu’un renouvellement de l’instance doit être réalisé.

À ce titre, la désignation de 8 représentants des personnes âgées siégeant au sein du 1er collège représentant les usagers retraités, les personnes âgées, leurs familles et leurs proches aidants est nécessaire à la bonne constitution de cette instance.

Les organismes qui souhaitent faire acte de candidature sont invités à proposer un(e) titulaire et un(e) suppléant(e). (cf formulaire)



**Compétences** **du** **CDCA**

Au titre des compétences prévues par la loi, le CDCA doit être informé et, dans certains cas, consulté pour avis sur les schémas et les programmes départementaux et régionaux relatifs aux personnes âgées ou en situation de handicap.

Le CDCA peut également, de sa propre initiative, formuler des recommandations et mener des débats relatifs au respect des droits et à la bientraitance des personnes âgées ou en situation de handicap et, plus largement, concernant la politique de l’autonomie.

Dans le cadre de ses compétences, le CDCA désigne aussi des représentants dans des instances départementales et régionales des secteurs de la santé et de l’autonomie.

**Ethique** **de** **la** **commission**

Les représentants siègent au sein du Conseil départemental de la citoyenneté et de l’autonomie (CDCA) dans le but d’y représenter l’ensemble des acteurs du domaine qu’ils représentent.

**Une** **assiduité** **et** **une** **participation** **active** **aux** **travaux** **du** **CDCA** **sont** **requises.**

**Critères** **de** **sélection** **des** **candidats**

L’ancrage de l’association devra être avéré sur le territoire loirétain, auprès des personnes âgées, de leurs familles ou des proches aidants.

Le choix final relatif à la nomination des membres revient au Président du Conseil départemental qui désignera, les représentants du Conseil départemental de la citoyenneté et de l’autonomie (CDCA) par voie d’arrêté nominatif.

**Candidature**

Le formulaire joint en annexe de cet appel à candidature doit être transmis sur la boîte mail dédiée [cdca45@loiret.fr](mailto:cdca45@loiret.fr%20) pour le 30 septembre 2024 au plus tard.

**CONSEIL** **DÉPARTEMENTAL** **DE** **LA** **CITOYENNETÉ** **ET** **DE** **L’AUTONOMIE**

(Document à transmettre impérativement avant le 30 septembre 2024 à [cdca45@loiret.fr](mailto:cdca45@loiret.fr))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **1er** **collège** **–** **Commission** **relative** **aux** **personnes** **âgées** |  |
| **Représentants** **des** **usagers** **retraités,** **des** **personnes** **âgées,** **de** **leurs** **familles** **et** **proches** **aidants** | | |

**INSTITUTION** **/** **ORGANISME** **:** **...................................................................................................................................................................................................................................................................................**

**Formation** **Personnes âgées** Personnes en situation de handicap

**Collège** **1er collège** 2ème collège 3ème collège 4ème collège

|  |  |
| --- | --- |
| Titulaire | Suppléant |
| Madame Monsieur  Prénom – NOM : ..............................................................................................................................................  Titre :..............................................................................................................................................................................  Adresse postale : ............................................................................................................................................  Adresse mail : .....................................................................................................................................................  Téléphone : ........................................................................................................................................................... | Madame Monsieur  Prénom – NOM : ..............................................................................................................................................  Titre :..............................................................................................................................................................................  Adresse postale : ............................................................................................................................................  Adresse mail : .....................................................................................................................................................  Téléphone : ........................................................................................................................................................... |