

**DOSSIER**

**DE DEMANDE**

**DE SUBVENTION**

**- ANNEE 2019 -**

**Nom du promoteur :**

**Intitulé de l'action :**

**Montant de la subvention :**

**Pour un CPOF, indiquer aussi le montant total demandé pour 2019-2022 :** €

**Informations :**

- Il s'agit d'une :  première demande  demande de reconduction
- Avez-vous bénéficié d'un accompagnement d'une structure ressources en éducation et promotion de la santé (PRC, IREPS, ADES 69, ADESSA) dans le montage de votre projet ?  
 Oui  Non

# 1. Présentation de la structure porteuse du projet

## IDENTIFICATION DU REPRESENTANT LEGAL

Nom : ..... Prénom : .....  
Fonction : .....  
Téléphone : ..... Courriel : .....

## ACTIVITES PRINCIPALES REALISEES

Adresse du siège social : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....  
Téléphone : ..... Télécopie : .....  
Courriel : .....  
Site Internet : .....  
Adresse de correspondance, si différente du siège : .....  
Code postal : .....  
Commune : .....

## RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET JURIDIQUES

Numéro Siret : .....  
Numéro RNA ou à défaut celui du récépissé en préfecture : .....  
Nature juridique : .....  
Site Internet : .....

## RENSEIGNEMENTS SUR LES ACTIVITES

Date de parution au journal officiel : .....  
Code NAF : .....  
Objet : .....  
Identités et adresses des structures avec lesquelles le promoteur est lié :  
↔ .....  
↔ .....

## RENSEIGNEMENTS SUR LES MOYENS HUMAINS

Nombre d'adhérents	Nombre de bénévoles	Nombre de salaires	Nombre de salariés (en ETP)	Nombre de salariés en CDD	Cumul des cinq salaires
					€

## RENSEIGNEMENTS SUR L'AGREMENT

Type d'agrément	Délivré par	Date de fin

## BUDGET PREVISIONNEL DE L'ASSOCIATION. (annexe 1)

## 2. Description de l'action et BP

### PERSONNE RESPONSABLE DE L'ACTION :

Nom : ..... Prénom : .....

Fonction :

Téléphone : ..... Courriel : .....

### PRESENTATION DE L'ACTION

#### Intitulé de l'action :

.....

Cadre de référence (plan, programme ou schéma de santé publique dans lequel s'inscrit l'action) :

Nouvelle action

Renouvellement d'une action

Est-ce une action reconduite depuis plus de 3 ans ?

OUI

NON

Montant de la subvention demandée à l'ARS : Pour un CPOF préciser le montant pour chaque année

2019	
2020	
2021	
2022	

#### Origine du projet :

A quel(s) besoin(s) cela répond-il ?

Qui a identifié ce besoin (les professionnels de santé, l'association, les usagers,...)

## **Objectifs de l'action :**

*Pour chaque « objectif opérationnel ou action », décrire précisément le type d'intervention, ses modalités de mise en œuvre et le milieu d'intervention : comment allez-vous procéder ?*

**Objectif général :** .....

**Objectif spécifique 1 :** .....

1.1 Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif  
.....

1.2. Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif  
.....

**Objectif spécifique 2 :** .....

2.1 Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif  
.....

2.2 Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif  
.....

**Objectif spécifique 3 :** .....

3.1 Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif  
.....

3.2 Objectif opérationnel ou action de mise en œuvre de cet objectif

## **Population cible bénéficiaire (caractéristiques, nombre, ...)**

- Population cible principale :

Grossesse et nourrisson (1<sup>ère</sup> année de vie)

Enfants de 7 à 11 ans

Jeunes adultes de 19 à 25 ans

Personnes âgées

Personnes en souffrance psychique

Professionnels de santé

Enfants de 1 à 6 ans

Jeunes/ados de 12 à 18 ans

Enfants en situation de handicap

Personnes avec maladies chroniques

Publics précaires

Toutes populations

- Comment le public est-il associé au projet :

- Nombre de bénéficiaires prévu :

**Pathologie ou problématique de santé concernée :**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Activité physique  | <input type="checkbox"/> Addictions                                      |
| <input type="checkbox"/> Autisme  | <input type="checkbox"/> Cancer  |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique (IRC)             |
| <input type="checkbox"/> Maladies chroniques  | <input type="checkbox"/> Maladies digestives                             |
| <input type="checkbox"/> Maladies respiratoires (dont asthme, BPCO)                               | <input type="checkbox"/> Maladies rares                                  |
| <input type="checkbox"/> Maladies neurodégénératives (dont Alzheimer, Parkinson, SEP, Huntington) | <input type="checkbox"/> Maladies neuro-vasculaires (dont AVC)           |
| <input type="checkbox"/> Nutrition  | <input type="checkbox"/> Obésité   |
| <input type="checkbox"/> Polyopathologies   | <input type="checkbox"/> Santé mentale                                   |
| <input type="checkbox"/> Diabète  | <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale chronique (IRC)             |
| <input type="checkbox"/> Soins bucco-dentaires  | <input type="checkbox"/> Troubles de l'apprentissage et du développement |
| <input type="checkbox"/> Tuberculose  | <input type="checkbox"/> VIH, IST, hépatites                             |
| <input type="checkbox"/> Autres pathologies   | <input type="checkbox"/> Autres handicaps                                |
| <input type="checkbox"/> Vieillesse   | <input type="checkbox"/> Non concerné                                    |

**Zone géographique ou territoire de réalisation de l'action** (quartier, commune, canton, département, zone géographique..). Précisez le nom du (des) territoire(s) concerné(s) :

**Calendrier**

Etapes	Description de l'action ou référence de l'action décrite dans les objectifs précités (ex : action 1.1.1)	Délai (date à date)	Par quel professionnel ?
Etape 1			
Etape 2			
Etape 3			
Etape 4			
Etape 5			

## Partenariat

Identification des partenaires	Modalité du partenariat (opérationnel et/ou financier)	A quelle étape

## Moyens mis en œuvre :

### - Moyens humains

Fonction	ETP	Statut (salarié, bénévole, mise à disposition)	Coût annuel brut du professionnel	Coût imputable à l'ARS

### - Moyens matériels

Locaux :

Outils :

# Budget prévisionnel de l'action

*Ce budget doit être établi en prenant en compte l'ensemble des coûts directs et indirects et l'ensemble des ressources affectées à l'action*

Nature, objet et montant annuel des postes de dépenses les plus significatifs (honoraires de prestataires, déplacements, salaires,...)

Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires (ou du public visé) de l'action ?

Quelles sont les contributions volontaires en nature affectées à la réalisation du projet ou de l'action subventionnée<sup>1</sup> ?

Autres observations sur le budget prévisionnel de l'opération :

**Montant de la subvention demandée et préciser que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de :**

Nom **du titulaire du compte** : .....

Banque : .....

Domiciliation : .....

Identification internationale (IBAN)							Code BIC

**VOIR TABLEAU EXCEL CI-DESSOUS POUR LE BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION. (annexe 2)**

<sup>1</sup> Les « contributions volontaires » correspondent au bénévolat, aux mises à disposition gratuites de personnes ainsi que de biens meubles (matériel, véhicules...) ou immeubles. Leur inscription en comptabilité n'est possible que si l'association dispose d'une information quantitative et valorisable sur ces contributions volontaires ainsi que des méthodes d'enregistrement fiables.

# 3. Méthodes d'évaluation et indicateurs choisis au regard des objectifs

*Pour les actions annuelles, le suivi d'indicateurs de processus est privilégié.*

*Liste des critères d'évaluation attendus par l'Agence régionale de santé :*

*NB : ces indicateurs sont à adapter en fonction du type d'action.*

Questions évaluatives ou critère d'évaluation	Indicateurs	Résultats attendus
Les actions prévues ont-elles démarré comme convenu?	- date de début des actions	
Les actions réalisées se sont-elles déroulées selon les modalités prévues ?	- nombre d'interventions - nombre de lieux d'intervention	
Le public visé a-t-il été touché ?	- nombre de participants aux séances - typologie des participants	
Le territoire visé a-t-il été touché ?	- nom des territoires bénéficiaires de l'action	
Le partenariat opérationnel prévu s'est-il mis en place ?	- nombre de partenaires impliqués dans l'action - liste des partenaires ayant participé à l'action	
Une communication autour de l'action a-t-elle été menée ?	- type(s) de communication(s) choisi(s)	
Implication des partenaires institutionnels	- nature et part des co-financements	
Une réunion de cadrage (ou comité de pilotage) a-t-elle été organisée pour planifier l'action ?	- nombre de réunion(s) - composition des membres de la réunion de cadrage (ou comité de pilotage)	

## Critères supplémentaires proposés par le promoteur

Questions évaluatives ou critère d'évaluation	Indicateurs	Résultats attendus

# 4. DECLARATION SUR L'HONNEUR<sup>2</sup>

Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'Etablissement auprès duquel vous déposez ce dossier.

Je soussignée, (nom et prénom).....

représentant(e) légal(e) de l'association.....

*Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'association joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.*

Déclare :

- que l'association est à jour de ses obligations sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;
- exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment relatives aux demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires ;
- que l'association a perçu un montant total et cumulé d'aides publiques (subventions financières et en nature) sur les trois derniers exercices<sup>3</sup> :
  - inférieur ou égal à 200 000 €
  - supérieur à 200 000 €<sup>4</sup>
- demander une subvention de : ..... €
- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l'association identifié dans le budget prévisionnel de l'action

Fait, le ..... à .....

Signature

Joindre un RIB signé et daté avec le cachet de l'organisme à la demande de subvention.

<sup>2</sup> Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

<sup>3</sup> Conformément à la Décision 2012/21/UE de la Commission européenne du 20 décembre 2011 et au Règlement n°1407/2013 (UE) de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles du Traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides *de minimis*.

<sup>4</sup> Le montant total et cumulé d'aides publiques sur 3 ans ne conditionne par l'attribution ou non d'une subvention. Cette attestation n'a autre objet que de permettre aux pouvoirs publics d'adapter le formalisme de leur éventuelle décision d'attribution.