

**DOSSIER**

**DE DEMANDE**

**DE SUBVENTION**

* **ANNEE 2019 -**

**Nom du promoteur :**

**Intitulé de l’action :**

**Montant de la subvention :**

**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 représentant légal

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**Activités principales réalisées**

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 salaries* | *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 :

###### Présentation 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 :

**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. 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 (1ère année de vie)  Enfants de 1 à 6 ans

Enfants de 7 à 11 ans  Jeunes/ados de 12 à 18 ans

Jeunes adultes de 19 à 25 ans  Enfants en situation de handicap

Personnes âgées  Personnes avec maladies chroniques

Personnes en souffrance psychique  Publics précaires

Professionnels de santé  Toutes populations

* Comment le public est-il associé au projet :
* Nombre de bénéficiaires prévu :

**Pathologie ou problématique de santé concernée :**

Activité physique  Addictions

Autisme  Cancer

Diabète  Insuffisance rénale chronique (IRC)

Maladies chroniques  Maladies digestives

Maladies respiratoires (dont asthme, BPCO  Maladies rares

Maladies neurodégénératives (dont Alzheimer,

Parkinson, SEP, Huntington)  Maladies neuro-vasculaires (dont AVC)

Nutrition  Obésité

Polypathologies  Santé mentale

Diabète  Insuffisance rénale chronique (IRC)

Soins bucco-dentaires  Troubles de l’apprentissage et du développement

Tuberculose  VIH, IST, hépatites

Autres pathologies  Autres handicaps

Vieillissement  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[[1]](#footnote-1) ?

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)**

**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[[2]](#footnote-2)

*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[[3]](#footnote-3) :

inférieur ou égal à 200 000 €

supérieur à 200 000 €[[4]](#footnote-4)

* 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.

1. 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. [↑](#footnote-ref-1)
2. Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal. [↑](#footnote-ref-2)
3. 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.* [↑](#footnote-ref-3)
4. Le montant total et cumulé d’aides publiques sur 3 ans ne conditionne par l’attribution ou non d’une subvention. Cette attestation n’autre objet que de permettre aux pouvoirs publics d’adapter le formalisme de leur éventuelle décision d’attribution. [↑](#footnote-ref-4)