***Formulaire de demande de financement pour les actions collectives***

**Date de réception :**

**Demande de financement d’actions de prévention auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées du l’Essonne.**

**Identification de la Structure :**

**Nom de la structure :**

**Sigle :**

**Statut juridique :**

**Adresse du siège social :**

**Téléphone : Fax :**

**Adresse mail :**

**N° de SIRET (n° INSEE) OBLIGATOIRE : Code APE :**

**Intitulé de l’action :**

Action nouvelle 🞏 Reconduction 🞏

**Identification du responsable et de la personne chargée du dossier :**

Le représentant légal, le Président ou autre personne désignée par les statuts :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

La personne en charge du dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

**Etat des lieux / Analyse du contexte :**

*Les raisons de la mise en place de l’action*

*La problématique identifiée*

**Public cible / Territoires cibles :**

*Public : Age, degré d’autonomie, caractéristiques, nb de bénéficiaires APA, nb de personnes GIR 5/6, professionnels, aidants, …*

*Territoires : en Essonne*

Public(s) cible(s) :

File active attendue :

Territoire(s) ciblé(s) :

**Description de l’action / Objectifs**

*Les objectifs doivent correspondre à des actions de prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées*

*Objectifs spécifiques, opérationnels …*

**Evaluation**

*Méthodes d’évaluation prévue pour l’action et indicateurs retenus*

*Précisez le moment de l’évaluation*

*Prévoir un bilan quantitatif et qualitatif …*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs spécifiques** | **Objectifs opérationnels** | **Actions** | **Indicateurs****de processus** | **Indicateurs****d’activité** | **Données prévisionnelles quantitatives (en réf. aux indicateurs d’activité retenus)** | **Indicateurs****de résultat** |
| **Obj Spé 1 :** | **Obj Op 1-1** | **Action 1****Action 2** |  |  |  |  |
| **Obj Op 1-2** | **Action 3****…** |  |  |  |  |
| **Obj Spé 2 :****…** | **Obj Op 2-1** | **…****…** |  |  |  |  |
| **…** | **…****…** |  |  |  |  |

**Modalités et calendrier de réalisation :**

*Précisez si ateliers, stands, conférences…*

*Calendrier sur l’année concernée, organisation et déroulement, nombre de séances*

*Moyens humains et matériels mis en œuvre*

*Partenariats, modalités de communication et supports*

**Coût et budgets :**

*La conférence n’a pas vocation à financer des postes pérennes, ni des dépenses d’investissement*

*Les financements sollicités ne doivent intervenir qu’en complément des financements existants*

**Montant sollicité :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ €**

**Budget prévisionnel de l’action :**

|  |
| --- |
| **Année 20…** |
| **CHARGES** | Montant  | **PRODUITS** | Montant |
| CHARGES DIRECTES | RESSOURCES DIRECTES |
| **60 - Achats** | 0 | **70 – Vente de produits finis,**  | 0 |
| Prestations de services : **à préciser** |   | **de marchandises, prestations de services** |   |
| Matières premières et fournitures |   |   |   |
| Autres fournitures |   |   |   |
|   |   | 74 - Subventions d'exploitation | **0** |
| **61 - Services extérieurs** | **0** | Etat : précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) |   |
| Sous-traitance générale |   |   |   |
| Redevances de crédit-bail |   | - ARS IDF : |   |
| Locations  |   |   |   |
| Charges locatives et de copropriété  |   | -  |   |
| Entretien et réparations |   |   |   |
| Primes d'assurances |   | Région(s) : |   |
| Etudes et recherches |   |   |   |
| Divers |   |   |   |
| **62 - Autres services extérieurs** | **0** | Département(s) : |   |
| Personnel extérieur à l'entreprise  |   |   |   |
| Rémunération intermédiaires et honoraires |   |   |   |
| Publicité, publications, relations publiques  |   | -  |   |
| Transports de biens et transports collectifs du personnel  |   | Intercommunalité |   |
| Déplacements, missions et réceptions  |   |   |   |
| Frais postaux et de télécommunications  |   | - |   |
| Services bancaires et assimilés  |   | Commune(s) : |   |
| Divers |   |   |   |
|   |   | -  |   |
|   |   |   |   |
| **63 - Impôts et taxes** | **0** | Organismes sociaux (détailler) : |   |
| Impôts et taxes sur rémunérations |   | -  |   |
| Autres  |   |   |   |
| **64- Charges de personnel** | **0** | Fonds européens |   |
| Rémunération des personnels, |   | L’agence de services et de paiement (ex CNASEA, emploi aidés) |   |
| Charges sociales, |   | Autres établissements publics |   |
| Autres charges de personnel |   | Autres privées |   |
| **65- Autres charges de gestion courante** |   | **75 - Autres produits de gestion courante** | **0** |
| **66- Charges financières** |   | Dont cotisations, dons manuels ou legs |   |
| **67- Charges exceptionnelles** |   | **76 - Produits financiers** |   |
| **68- Dotation aux amortissements** |   | **78 - Reprises sur amortissements et provisions** |   |
|  |   | **789 – Report ressources non utilisées des exercices antérieurs** |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | 0 | **TOTAL DES PRODUITS** | 0 |
| **Charges fixes de fonctionnement** |   |  |   |
| **TOTAL DES CHARGES** | 0 |  |   |
| **Contributions volontaires** |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** | 0 | **87 - Contributions volontaires en nature** | 0 |
| Secours en nature |   | Bénévolat |   |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |   | Prestations en nature |   |
| Personnel bénévole |   | Dons en nature |   |
| **TOTAL**  | 0 | **TOTAL**  | 0 |

**Déclaration sur l’honneur**

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande (initiale ou renouvellement) quel que soit le montant de la subvention sollicitée. Si le signataire n’est pas le représentant légal de l’organisme, merci de joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), (nom et prénom) ……………………………………………………………………………………………. représentant(e) légal(e) de l’organisme,……………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………

- certifie que l’organisme est régulièrement déclaré ;

- certifie que l’organisme est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions introduites auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

- demande une subvention de:………………………………€

Fait, le à

Signature

Le dossier dûment complété devra impérativement être envoyé parvoie dématérialisée en version word ou PDF **ET** postale sous la référence *« Candidature AAP Conférence des Financeurs Essonne »*

* Pour les associations, clic, le dossier est à transmettre :
	+ par courrier à l’attention de : Monsieur le Président du Conseil départemental de l’Essonne – Direction de l’Autonomie – Hôtel du département – Boulevard de France 91012 Evry cedex
	+ Et par courriel à l’adresse suivante : geu-asso@cd-essonne.fr
* Pour les autres structures comme les collectivités :
	+ par courrier à l’attention de : Monsieur le Président du Conseil départemental de l’Essonne –Direction de l’Autonomie – Hôtel du département – Boulevard de France 91012 Evry cedex
	+ Et par courriel à l’adresse suivante : geu-collectivité@cd-essonne.fr

*Pour tout complément d’information, les porteurs de projets sont invités à consulter le Guide technique de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie accessible sur le site* [*www.cnsa.fr*](http://www.cnsa.fr)*.*

***ATTENTION***

*Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 4441-6 et 441-7 du code pénal. 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 de service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.*