**Département Action Sociale**



**Service Pilotage et Systèmes d’Information**

Personnes à contacter :

Mariette De Freitas

03 80 33 11 65 - e-mail : mariette.de-freitas@carsat-bfc.fr

 prets.subventions@carsat-bfc.fr

**DEMANDE DE SUBVENTION**

**ACTION DE PREVENTION POUR LE « BIEN-VIEILLIR » DES RETRAITES SUR LES TERRITOIRES**

**1 – IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

Nom de votre structure ou association :

Numéro SIRET :

Adresse de son siège :

Code postal : Commune :

Téléphone : Fax : e-mail :

**Statut de votre structure :**

***S’il s’agit d’une association, préciser :***

L’objet de l’association :

La date de déclaration en Préfecture :

Les moyens humains :

Salariés : Bénévoles :

**Identification de la personne ayant qualité pour engager la structure :**

Nom : Prénom : Fonction :

**Identification du responsable du projet :** *(personne à contacter)*

Nom : Prénom : Fonction :

Téléphone : E-mail :

**2 - DESCRIPTION DU PROJET**

 [ ]  **Aide au démarrage de l’action** [ ]  **Aide au développement de l’action**

**Intitulé du projet**:

**Type d’action (cocher la ou les cases) :**

[ ]  Aide au maintien à domicile [ ] Action collective de prévention

 **Pourquoi ce projet ? (constat / diagnostic / historique du projet) :**

**Mise en œuvre de l’action :**

Si le projet induit la réalisation de plusieurs actions différenciées, merci d’utiliser cette trame autant de fois que nécessaire pour chaque action concernée.

**Description de l’action** (préciser concrètement les actions mises en œuvre) **:**

**Objectifs de l’action** (4 objectifs maximum) **:**

**Zone géographique couverte par l’action :**

Territoire du projet :

[ ]  Urbain [ ]  Rural

[ ]  Départemental [ ]  Régional [ ]  Autre (préciser) :

Cantons couverts par le projet :

**Votre projet cible-t-il un territoire fragile ?**

**Etapes et calendrier de l’action :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Etapes du projet** | **Description du contenu de l’étape** | **Date de démarrage** | **Durée** |
| 1. Montage du projet :
 |  |  |  |
| 1. Mise en œuvre du projet :
 |  |  |  |
| 1. Evaluation du projet :
 |  |  |  |

**Public(s) cible(s) de l’action (caractéristiques, estimation du nombre …)**

**Nombre de bénéficiaires prévus:**

dont personnes retraités autonomes ne bénéficiant pas de l’APA (autrement dit relevant d’un GIR 5 ou 6) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Profils des retraités****visés par le projet****(fragilités éventuelles, caractéristiques socio-économiques, etc.)** | **Pourquoi vouloir****cibler ce public ?** | **Comment et par qui (précisez les fonctions) sont-ils repérés et/ou orientés** |
|  |  |  |

**Partenaires associés à l’action :** *(joindre les conventions ou chartes de partenariat)*

**Les bénéficiaires de l’action devront-ils participer au financement du projet ? Si oui, préciser :**

**Actions de communication prévues :**

**Décrire la méthode d’évaluation prévue pour l’action en remplissant le tableau ci-dessous:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs initiaux (conformément à ceux que vous avez inscrits en page 2)** | **Actions mises en œuvre pour atteindre cet objectif** | **Résultats attendus** (quantitatifs et qualitatifs) | **Indicateurs** (qualitatif : nombre, taux, etc. ou qualitatif : assiduité, …) | **Outils :**(exemples : Questionnaires, grille de recueil, feuille de présence, tableau de bord, etc.) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Les moyens affectés à l’action :**

**Moyens humains :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Moyens humains** | **Statut (salarié, bénévole, prestataire)** | **Equivalent temps plein (ETP)** | **Compétences** |
| Internes |  |  |  |
| Externes |  |  |  |

**Moyens matériels (préciser) :**

**Organisation de moyens de transport spécifiques pour participer à l'action (Ex: co-voiturage, navette, aide financière…) :**

**3 - BUDGET PRÉVISIONNEL EQUILIBRE DE L’ACTION ➀ ANNÉE(s)**

 **Préciser la periode :**

Nous joindre une copie du budget prévisionnel de l’action ou compléter le tableau ci-dessous.

*➀ joindre devis éventuels*

 *➁ justificatifs des subventions sollicitées ou accordées*

*Montant sollicité :*

*Fait le  à :*

*Cachet et signature du représentant légal de l’association :*

**Liste des pièces à joindre au dossier :**

* Statuts de la structure gestionnaire pour une 1ère demande, pour un renouvellement seulement s’ils ont été modifiés ;
* Liste des responsables de la structure gestionnaire et composition du bureau et du Conseil d’Administration ;
* Rapport d’activité, bilan financier et compte de résultat de l’année précédente ;
* Attestation de versement des cotisations à l’Urssaf de l’exercice écoulé ;
* Budget prévisionnel de l’action ;
* Relevé d’identité bancaire ou postal original ;
* Convention(s) ou charte(s) de partenariat.

**Conditions de participation financière**

**de la Carsat Bourgogne Franche-Comté**

La participation de la Carsat Bourgogne Franche-Comté concerne des actions dont le but est de répondre à un besoin nouveau ou d’apporter une nouvelle réponse à un besoin existant en matière de prévention du vieillissement, d’aide au maintien à domicile.

Les subventions sont accordées pour des dépenses d’investissement ou de fonctionnement lorsque celles-ci n’impliquent pas un engagement permanent de la Carsat Bourgogne Franche-Comté.

Les aides ne sont pas pérennes, le financement peut être éventuellement renouvelable une fois.

Le montant de l’aide attribuée ne pourra en aucun cas excéder 50 % du budget global de l’opération.

Les demandes sont recevables dès lors que d’autres financeurs ont été sollicités.

Les demandes sont instruites par les services techniques de la Carsat avant décision de la commission d’Action Sanitaire et Sociale de la Carsat Bourgogne Franche-Comté et approbation de la Mission Nationale de Contrôle et d’Audit des Organismes de Sécurité Sociale.

En cas d’accord d’une subvention, les modalités de partenariat entre la Carsat et le bénéficiaire de la subvention font l’objet d’une convention qui finalise les droits et obligations de chacun.

Le projet réalisé devra être conforme à la demande initiale. Dans le cas contraire, la Caisse se réserve le droit d’annuler ou de demander restitution tout ou partie de la subvention versée.

**CARSAT Bourgogne Franche-Comté**

**21044 DIJON Cedex**