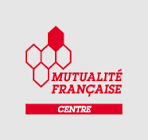
logo CPAM

**CONFÉRENCE DES FINANCEURS DE LA PRÉVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES**

▬▬▬▬▬

**APPEL A INITIATIVES POUR LA MISE EN ŒUVRE D’ACTIONS COLLECTIVES DE PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES DE**

**60 ANS ET PLUS**

**▬▬▬▬▬**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

La **date limite de réception des dossiers** est fixée au **30 mars 2018.**

L’envoi des dossiers par voie électronique **(**[cfppa45@loiret.fr](mailto:cfppa45@loiret.fr)**)** est à privilégier.

Le dossier peut toutefois être remis en mains propres contre remise d’un accusé de réception à l’adresse suivante (adresse physique) :

DEPARTEMENT DU LOIRET

Maison de l’autonomie

15 rue Claude Lewy

45100 ORLEANS

Dans les plages horaires suivantes : 8h30 – 12h00

13h30 – 17h00 (16h00 le vendredi)

|  |  |
| --- | --- |
| **PORTEUR DE PROJET** |  |
| **NOM DU PROJET** |  |

***IDENTITE DU PORTEUR DE PROJET :***

**Identité de la structure**

|  |
| --- |
| Nom : |
| Statut juridique : |
| Objet social (activités principales) : |
| Adresse du siège social : |
| CP Ville : |
| Téléphone : (fixe)  (portable) |
| Adresse mail : |
| N° SIRET/SIREN |
| Code NAF (APE) |
| Adresse de l’antenne (si différente) : |
| CP Ville : |

**Identité du responsable et de la personne chargée du dossier**

|  |  |
| --- | --- |
| *Le représentant légal*  Nom : | Prénom : |
| Fonction : | |
| Téléphone : (fixe)  (portable) | |
| Adresse mail : | |
| En cas d’absence, personne à contacter : | |

|  |  |
| --- | --- |
| *La personne en charge du dossier*  Nom : | Prénom : |
| Fonction : | |
| Téléphone : (fixe)  (portable) | |
| Adresse mail : | |
| En cas d’absence, personne à contacter : | |

***PRESENTATION DU PROJET***

**Nom/intitulé du projet :**

|  |
| --- |
|  |

**Objectif(s) du projet :**

|  |
| --- |
| *Genèse du projet, besoins identifiés, stratégie de mobilisation du public …* |

**Thématique :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Santé Globale/Bien vieillir dont :** | 🗆 |
| * Nutrition / diététique | 🗆 |
| * Mémoire | 🗆 |
| * Sommeil | 🗆 |
| * Activités physiques et atelier équilibre / Prévention des chutes | 🗆 |
| * Stimulations sensorielles | 🗆 |
| * Bien-être et estime de soi | 🗆 |
| * Hygiène | 🗆 |
|  |  |
| **Lien social / Difficultés sociales / isolement** | 🗆 |
| * Sécurisation du cadre de vie / repérage des fragilités | 🗆 |
| * Développement du lien social / de la citoyenneté | 🗆 |
|  |  |
| **Habitat et cadre de vie** | 🗆 |
|  |  |
| **Autres actions collectives dont :** | 🗆 |
| * Accès à l’information et aux droits | 🗆 |
| * Sécurité routière | 🗆 |
| * Préparation à la retraite | 🗆 |

**Moyen(s) d’intervention**

|  |  |
| --- | --- |
| **Atelier** | 🗆 |
| **Nombre d’ateliers\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**  Nombre de séances par atelier : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** |  |
| **Conférence** | 🗆 |
| **Forum / salon** | 🗆 |
| **Sorties** | 🗆 |
| **Visite à domicile** | 🗆 |
| **Autres\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | 🗆 |

**Historique**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nouveau projet** | 🗆 |
| **Adaptation d’un projet existant**  Préciser brièvement, le projet déjà existant | 🗆 |
| **Renouvellement d’un projet** | 🗆 |

**Contenu de l’action :**

|  |
| --- |
| *Supports et moyens utilisés / Description de l’action / Thématiques traitées* |

**Public cible de l’action :**

|  |
| --- |
| *Type d’usagers et nombre prévisionnel de personnes concernées : ex : groupes de 15 personnes seules âgées de 65 à 75 ans résidant sur la commune, le canton de…*  *NB : s’agissant de prévention, les textes imposent que 40 % du public bénéficiaire de l’action ne remplisse pas les conditions de perte d’autonomie qui le rendrait éligible à l’APA* |

**Lieu de l’action :**

|  |
| --- |
| *Détailler le(s) lieu(x) du déroulé de l’action* |

**Calendrier prévisionnel et durée de l’action :**

|  |
| --- |
| *Calendrier prévisionnel mentionnant des dates et non des périodes* |

**Moyens affectés au projet**

|  |
| --- |
| *Equipement, matériel, locaux, moyens humaines (ETP dédiés)* |

**Pilote(s) du projet**

|  |
| --- |
|  |

**Cout et financement de l’action**

|  |
| --- |
| Coût total de l'action en **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** €  Montant de la subvention demandée auprès de la conférence des financeurs : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_** € |

**Participation financière des usagers**

|  |
| --- |
| Une participation financière est-elle demandée aux participants :  ❑ OUI ❑ NON  Si oui, pour quel montant ? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€** |

**Partenariat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Partenaires | Rôles dans le projet | Financement |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Indicateurs et outils d’évaluation envisagés :**

|  |
| --- |
| *Rapport d’activité : nombre d’ateliers, de sessions, … de personnes concernées.*  *Evaluation de l’impact, des enseignements tirés de ces actions pour chacun de ses bénéficiaires ou plus globalement (meilleure connaissance du public, modélisation envisagée de la méthodologie d’intervention en vue de son essaimage, découverte ou renforcement d’un partenariat…).*  *Outils : enquêtes de satisfaction (anonymes ou pas, en groupe ou par téléphone,...), réflexions en équipe animée par les professionnels,…* |

Le représentant légal de la structure certifie l’exactitude des informations portées dans le présent dossier de demande d’accompagnement financier.

Il s’engage à informer la conférence des financeurs du Loiret de toutes modifications apportées à ce projet notamment dans son budget prévisionnel de financement.

|  |  |
| --- | --- |
| **Je soussigné(e)**  **En ma qualité de**  ***Certifie l’exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de cette demande***  **Fait à : Le :** | |
| **Signature** | **Cachet de la structure** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Budget prévisionnel de la structure approuvé par les instances statutaires pour l'exercice.** | | |  | |
| **Dépenses (1)** | | Montant  en euros (2) | **Recettes(1)** | | Montant  en euros (2) | |
| **60 - Achats**  - Achats d'études et de prestations de service  - Achats non stockés de matières et fournitures  - Fournitures non stockables (*eau, énergie*)  - Fournitures d'entretien et de petit équipement  - Fournitures administratives  - Autres fournitures  **61 - Services extérieurs**  - Sous traitance générale  - Locations mobilières et immobilières  - Entretien et réparation  - Assurances  - Documentation  - Divers  **62 - Autres services extérieurs**  - Rémunérations intermédiaires et honoraires  - Publicité, publications  - Déplacements, missions et réceptions  - Frais postaux et de télécommunication  - Services bancaires  - Divers  **63 - Impôts et taxes**  - Impôts et taxes sur rémunérations  - Autres impôts et taxes  **64 - Charges de personnel**  - Rémunérations du personnel  - Charges sociales  - Autres charges du personnel  **65 - Autres charges de gestion courante**  **67 - Charges exceptionnelles**  **68 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements** | | €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        € | **70 - Ventes de produits finis , prestations de services**  - Marchandises  - Prestations de services  - Produits des activités annexes  **74 - Subventions d'exploitation**  *(Précisez si perçu ou à percevoir)*  - État (*à détailler*) :              - Région(s) :    - Département(s) :    - Commune(s) :    - Organismes sociaux (*à détailler*) :          - Fonds européens  - CNASEA (*emplois aidés*)  - Autres(*à détailler*) :      **75 - Autres produits de gestion courante**  - Cotisations  - Autres  **76 - Produits financiers**  **77 - Produits exceptionnels**  - Sur opérations de gestion  - Sur exercices antérieurs  **78 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements** | | €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        €        € | |
| **Total des Charges Prévisionnelles** | | **€** | **Total des Produits Prévisionnels** | | **€** | |
| **86 - Emploi des contributions volontaires en nature**  - Rémunérations du personnel  - Charges sociales  - Autres charges du personnel | | €        €        € | **87 - Contributions volontaires en nature**  - Bénévolat  - Prestations en nature  - Dons en nature | | €        €        € | |
| **Total des Charges** | | **€** | **Total des Produits** | | **€** | |

(1) Seules les rubriques vous concernant sont à remplir.

(2) Ne pas indiquer les centimes

**Liste des pièces justificatives à fournir :**

**Merci de joindre au présent dossier de candidature, dûment complété, les pièces suivantes :**

❑ Délégation de signature le cas échéant

❑ Bilan et compte de résultat de l’année précédente

❑ Relevé d’identité bancaire ou postal

❑ Copie des derniers statuts déposés ou approuvés datés et signés

❑ Photocopie du récépissé de déclaration de l’association à la Préfecture le cas échéant

❑ Attestation de paiement émanant de l’organisme de protection sociale chargé du recouvrement des cotisations et des contributions datant de moins de 6 mois

❑ Extrait K-bis, le cas échéant

**Toutes les pièces demandées font partie intégrante du dossier de candidature**

**Veuillez les transmettre dûment remplies, datées et signées**