****

**DOSSIER DE CANDIDATURE 2024**

**Actions de soutien aux proches aidants de personnes en situation de handicap**

**Nom du porteur de projet :**

**Intitulé du projet :**

|  |
| --- |
|  |

**Présentation du porteur de projet**

***Missions***

|  |
| --- |
|  |

***Rayonnement*** *(national, régional, départemental, local)*

|  |
| --- |
|  |

***Adresse de correspondance***

|  |
| --- |
|  |

***Site internet***

|  |
| --- |
|  |

***Salariés (nombre, équivalent temps plein)***

|  |
| --- |
|  |

***Nombre de bénévoles***

|  |
| --- |
|  |

***Responsable(s) du projet (personne(s) à contacter) :***

|  |
| --- |
| Nom et titre ou fonctions    Coordonnées (tel : email)    Adresse |

***Responsable légal de la structure***

|  |
| --- |
| Nom et titre ou fonction |

**Présentation du projet**

***Intitulé***

|  |
| --- |
|  |

***Type d’actions proposées :***

OUI NON

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

* 1. Actions de formation des aidants
  2. Actions de sensibilisation/formation
  3. Actions de soutien psychosocial collectif
  4. Actions de soutien psychosocial individuel
  5. Actions collectives de prévention santé ou de bien-être

***Objectifs*** *poursuivis par l’action, au regard de l’axe auquel l’action se réfère (à formuler dans la mesure du possible selon des critères mesurables, indicateurs…)*

|  |
| --- |
|  |

***Public cible :***

|  |
| --- |
| *Territoire : lieu de réalisation de l’action et territoire(s) touché(s) par l’action*  *Type d’usagers et nombre prévisionnel de personnes concernées : ex : groupes de 15 personnes seules ; âges.* |

***Mode de prise contact / repérage des aidants bénéficiaires des actions du projet*** *(courriers, articles de presse, orientations de partenaires, etc.)*

|  |
| --- |
|  |

***Descriptif***

|  |
| --- |
|  |

***Modalités de mise en œuvre :***

|  |
| --- |
| *Modalités de pilotage*    *Actions de communication éventuellement prévues*  *Moyens humains mobilisés pour l’action (nombre, fonction, temps consacré à l’action en interne et en externe). Précisez la qualification (diplôme, formation, expérience des personnes assurant l’animation des actions). Pour les établissements, précisez si l’action est réalisée sur le temps de travail du personnel mobilisé ou s’il s’agit d’un temps supplémentaire consacré à l’action.*  *Moyens matériels*  *Mobilité du public (moyens prévus pour permettre aux séniors d’accéder à l’action ?)* |

**Présentation des partenaires**

***Présentation générale et nature de l’implication dans le projet d’éventuels partenaires (financière, opérationnelle, etc.)***

|  |
| --- |
|  |

**Calendrier prévisionnel**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***Indiquer à quel stade se situe le projet et quelles sont les échéances des prochaines étapes (date(s) de réalisation, fin de l’action...)***   |  | | --- | |  |   **Plan prévisionnel de financement (ex: CERFA association)** | | | | |
| **CHARGES** | | MONTANTEN EUROS | **PRODUITS** | MONTANT EN EUROS | | |
| **60 - Achat** | | 0,00 € | **70 - Vente de produits finis, prestations de services, marchandises** | 0,00 € | | |
| Prestations de services | |  | **74- Subventions d’exploitation** | 0,00 € | | |
| Achats matières et de fournitures | |  | Etat: (précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) |  | | |
| Autres fournitures | |  |  |  | | |
| **61 - Services extérieurs** | | 0,00 € |  |  | | |
| Locations | |  |  |  | | |
| Entretien et réparation | |  |  |  | | |
|  | | |
| Assurance | |  |  |  | | |
| Documentation | |  | Région(s): |  | | |
|  | |  |  |  | | |
| **62 - Autres services extérieurs** | | 0,00 € | Département(s): |  | | |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires | |  |  |  | | |
| Publicité, publication | |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  | | |
| Déplacements, missions | |  |  |  | | |
| Services bancaires, autres | |  | Commune(s): |  | | |
|  | |  |  |  | | |
| **63 - Impôts et taxes** | | 0,00 € | Organismes sociaux (détailler): |  | | |
| Impôts et taxes sur rémunération, | |  |  |  | | |
| Autres impôts et taxes | |  | Fonds européens |  | | |
|  | |  |  |  | | |
| **64- Charges de personnel** | | 0,00 € |  |  | | |
| Rémunération des personnels | |  | L’agence de services et de paiement (Ex CNASEA-emplois aidés) |  | | |
| Charges sociales | |  | Autres établissements publics |  | | |
| Autres charges de personnel | |  | Aides privées |  | | |
| **65- Autres charges de gestion courante** | |  | **75 - Autres produits de gestion courante dont cotisations** |  | | |
|  | |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  | | |
| **66- Charges financières** | |  | **76 - Produits financiers** |  | | |
| **67- Charges exceptionnelles** | |  | **77 - Produits exceptionnels** |  | | |
| **68- Dotation aux amortissements (provisions pour renouvellement)** | |  | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  | | |
| **CHARGES INDIRECTES REPARTIES A L’ACTION** | | | **RESSOURCES PROPRES AFFECTEES A L’ACTION** | | | |
| Charges fixes de fonctionnement | |  |  | |  | |
| Frais financiers | |  |  | |  | |
| Autres | |  |  | |  | |
| Personnel bénévole | |  |  | |  | |
| **TOTAL DES CHARGES** | | 0,00 € | **TOTAL DES PRODUITS** | | 0,00 € | |
|  | |  |  | |  | |
| **L’association sollicite une subvention de :** | | | **0,00 €** | |  | |
| **Elle représente …….% du total du budget (montant sollicité/total du budget) x 100** | | | | |
| Le budget doit être équilibré : le total des dépenses doit être égal au total des recettes. | | | | |  | |

***Autres organismes financeurs***(merci de préciser les accords de financements déjà obtenus au regard de ce projet) :

***Date : le***

***Signature de la personne habilitée à représenter la structure portant le projet***

***Nom, Prénom :***

**Fiche « Certificat d’engagement »**

Je soussigné(e)........................................., fonction …........................................., agissant en qualité de représentant(e) légal(e) ou délégataire de l’organisme porteur de projet désigné dans le présent dossier, ayant une qualité pour l’engager juridiquement, sollicite un financement du Département de l’Aveyron au titre du soutien de la CNSA aux Départements dans le cadre de son budget d’intervention 2023-2026.

pour un montant de ...........€, sur la base d’un coût total de ....................€ et pour la réalisation du projet ................................. décrit dans le présent dossier de demande de financement.

J’atteste sur l’honneur :

* l’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier ;
* la régularité de la situation fiscale et sociale de l’organisme porteur de projet ;
* ne pas faire l’objet d’une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire.

J’ai pris connaissance des principales obligations liées à un financement du Département de l’Aveyron listées précédemment et m’engage à les respecter en cas d’octroi de la participation financière, et ce, à compter de la date de début de l’opération, ainsi que toutes les clauses de la convention attributive de l’aide du Département de l’Aveyron.

J’ai pris acte qu’à défaut, le service instructeur peut décider, dans les conditions fixées dans la convention attributive de l’aide du Département de l’Aveyron de mettre fin à la participation financière et exiger le reversement total ou partiel des sommes déjà versées.

Fait à ..................................... le .................. 2024

Nom(s), prénom(s) :

Signature du ou de la représentant(e) légale (ou son délégataire) :