**CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA PREVENTION**

**DE LA PERTE D’AUTONOMIE DU BAS-RHIN**

**Présentation synthétique**

**d’un projet ou d’une action**

**STRUCTURE OU ORGANISME / PORTEUR DU PROJET**

**Identification administrative**

Nom (sans abréviation) :

Sigle : Date de création de la structure :

Statut juridique :

Adresse :

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville :

Téléphone : |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

Adresse(s) mail :

Adresse(s) site Internet :

Numéro SIRET de la (des) structure(s) :

**Responsable(s) de la structure / de l’organisme**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse(s) mail (si différente) :

N° de téléphone |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**Contact pour le projet**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse(s) mail (si différente) :

N° de téléphone |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**LE PROJET**

**Titre du projet :**

**Thématique :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **□ Action d’accompagnement des proches aidants** | **□ Action de prévention**  □ action collective de prévention à destination de personnes de 60 ans et plus résidant à domicile  □ action collective de prévention à destination de personnes résidant en EHPAD  □ action individuelle et/ou collective de prévention portée par un SPASAD | **□ Expérimentation de modes innovants visant à améliorer l’accès des personnes âgées à des équipements ou aides techniques** |

Les financements de la Conférence des Financeurs sont alloués pour le développement ou l’impulsion d’ un projet spécifique poursuivant des objectifs précis **en matière de prévention de la perte d’autonomie ou d’accompagnement des proches aidants**, bénéficiant directement aux personnes, et ne peuvent servir au fonctionnement d’un dispositif permanent, au financement de l’activité du porteur de projet, au soutien d’une action ou d’un projet déjà existant, ou à la réalisation d’un investissement.

**Objectifs du projet** *(le projet doit poursuivre des objectifs précis en matière de prévention de la perte d’autonomie ou d’accompagnement des proches aidants)*

**Présentation du projet** *(motivations du projet, éléments de contexte et enjeux….)*

**Analyse des besoins** *(besoins identifiés, demandes, plus-value du projet à l’offre existante… )*

**DEROULEMENT ET MODALITES DE REALISATION DU PROJET**

**Description précise et concrète de la réalisation du projet *:*** *action mise en place, type de projet (conférence, atelier, forum, autre…), nombre de cycles / de séances*

**Territoire concerné**

**Calendrier de réalisation du projet et fréquence** *(Le projet doit être réalisé avant le 31 décembre 2020)*

**Moyens utilisés pour le projet :** *moyens humains (temps, qualification, expérience…), moyens matériels, moyens de communication…*

**Solutions de mobilité proposées pour permettre l’accès des personnes à l’action**

**Participation des publics concernés**

**Age du public visé :**

**Nombre de personnes concernées par l’action :**

**Caractéristiques du public visé :**

**Caractère innovant du projet** *(usages…)*

**Porteur du projet** *(qualifications, expériences)*

**Description des partenaires directement engagés dans le projet**

**Impacts attendus**

|  |  |
| --- | --- |
| Seniors |  |
| Professionnels (à préciser) |  |
| Autres (à préciser) |  |

**Description de la méthode d’évaluation**

**Budget prévisionnel**

(Dépenses, recettes, co-financement sollicité(s) ou déjà acquis…)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPENSES** | | **RECETTES** | |
| **Postes** | **Montants en € (TTC)** | **Postes** | **Montants en € (TTC)** |
| **Charges de personnel affectées au projet** |  | **Ressources propres** |  |
| **Achat de prestations extérieures (détailler)** | | **Subvention acquises (préciser nom des organismes et montants)** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Subventions en cours de demande (préciser nom des organismes et montants)** | |
| **Communication** |  | Conférence des Financeurs du Bas-Rhin |  |
| **Frais de mission, déplacements** |  |  |  |
| **Matériel dédié au projet** |  |  |  |
| **Forfait de gestion administrative** |  |  |  |
| **Autres dépenses liées au projet, préciser (détailler)** | | **Autres recettes (préciser)** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL DES DEPENSES** |  | **TOTAL DES RECETTES** |  |

**Coût total du projet :**  €

**Coût par participant :**  € / participant

**Montant de la subvention demandée à la Conférence des Financeurs :**  €

**Viabilité et pérennité du projet** *(la Conférence des Financeurs n’ayant pas vocation à créer une logique de fonds dédiés, préciser ici les modalités de financement envisagées pour la pérennisation du projet)*

**Attestation sur l’honneur**

Je soussigné(e),

Représentant(e) légal(e) de l’organisme,

1. Déclare que l’organisme est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;
2. Certifie exactes les informations de la présente demande et notamment la mention de l’ensemble des demandes de subvention introduites auprès d’autres financeurs publics ;
3. Demande une subvention d’un montant de
4. En cas de délégation ou procuration de signature (suivant l’entité juridique de l’organisme), j’atteste que la personne dont les qualités, nom et signature suivent, a procuration pour signer en mes lieu et place les documents demandés par les institutions concernées et je m’engage à faire connaître toute limitation apportée à cette délégation de signature.

Personne recevant la délégation ou la procuration suivant l’entité juridique de l’organisme

Nom :

Prénom :

Qualité :

Signature de la personne recevant délégation :

Signature du représentant légal de l’organisme :