

**CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE DU DEPARTEMENT DES HAUTES-PYRENEES**

***Appel à Initiatives ARS***

***Dossier de candidature 2019***

*Pour la mise en œuvre d’actions de prévention de la perte d’autonomie*

*dans les EHPAD des Hautes-Pyrénées*

DATE LIMITE DE RECEPTION DES DOSSIERS : **mardi 1er octobre 2019 à 12h00**

***Cet appel à initiatives s’inscrit dans la limite des crédits mobilisables par l’ARS au titre de la prévention en EHPAD.***

***CALENDRIER PREVISIONNEL :***

Publication de l’appel à projet : semaine 30

Date limite de dépôt des candidatures : 1er Octobre 2019

Décision de l’ARS : novembre 2019

***PIECES A JOINDRE au dossier de candidature :***

Le dossier de candidature complété

Un relevé d’identité bancaire

**Les dossiers sont à adressés en deux exemplaires :**

* Un exemplaire papier aux adresses suivantes :

**Agence Régionale de Santé Occitanie**

**Délégation départementale des Hautes-Pyrénées**

**Cité Reffye – 10 rue Amiral Courbet - CS 11336**

**65013 TARBES CEDEX 9**

**A l’attention de Mme MICHELOT**

**et**

**Direction de la Solidarité Départementale - Maison Départementale pour l’Autonomie**

**Service Gouvernance et Animation Territoriale - Conférence des Financeurs**

**A l’attention de Madame CAZALAS**

 **Place ferré 65000 TARBES**

* Un exemplaire en format PDF par courriel à :

ars-oc-dd65-medico-social@ars.sante.fr et conferencefinanceurs@ha-py.fr

***Avec le soutien financier de la*** 

1. **Présentation du candidat**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de la structure  |  |
| Statut juridique |  |
| N° SIRET |  |
| Adresse  |  |
| Code postal / Commune |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**2. Identification du représentant légal et de la personne en charge du dossier (référent)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom du représentant légal |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom du référent de l’action |  |
| Fonction |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**3. Présentation du projet :**

*Pour toute action, il est demandé au candidat de donner* ***tous les arguments qui pourront démontrer la validité du projet et la mobilisation du public.*** *Il peut également être joint, au besoin, un descriptif plus détaillé de l’action envisagée dans une note à part.*

**3.1. Description**

**Intitulé du projet** :

**Thématique(s) de l’action :**

□ Agir contre la fracture numérique en EHPAD

**Type d’activités proposées :**

 □ Atelier □ Information, sensibilisation du personnel □ Information à destination du public □ Autres *(préciser)*:

**Le déroulement:**

Contexte du projet (origine, besoins identifiés…) :

Objectif général :

Objectifs opérationnels :

Déroulement (durée ; nombre ; fréquence ; contenu des séances…):

 **3.2. Public**

|  |
| --- |
| Nombre total de personnes prévues :  Dont des résidents de l’EHPAD : Dont les personnes hors EHPAD : Stratégie de mobilisation du public : |

**3.3. Moyens mobilisés**

|  |  |
| --- | --- |
| Humains (salariés, bénévoles) |  |
| Prestataires (nom/fonction…) |  |
| Matériel (salle ; outils…) |   |
| Transport |  |

**3.5. Partenaires du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du/des partenaire(s) | Rôle dans le projet |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**3.6. Communication**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Support(s) utilisé(s) | Public(s) destinataire(s) | Mode de diffusion |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**3.7. Calendrier**

Présentez succinctement le calendrier prévisionnel du déroulement du projet.

**3.3. Evaluation et suites**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objectifs | Indicateurs (qualitatif / quantitatif) | Outils d’évaluation envisagés  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Suites envisagées du projet |  |

|  |
| --- |
| **4. Budget** **4.1. Budget prévisionnel par projet** |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **60 – Achats** |  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  |   |  |
| Achats matières et fournitures |  | **74- Subventions d’exploitation** |   |
| Autres fournitures |  |   |   |
| **61 - Services extérieurs** |  |   |  |
| Locations |  |   |  |
| Entretien et réparation |  |   |  |
| Assurance |  | Région : |  |
| Documentation |  | Département : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conférence des Financeurs : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  |
| Publicité, publication |  | Commune(s) : |  |
| Déplacements, missions |  | - |  |
| Services bancaires, autres |  | - |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | - |  |
| Autres impôts et taxes |  | Fonds européens |  |
| **64- Charges de personnel** |  | - |  |
| 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** |   |
| **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** |   |
| **TOTAL DES CHARGES** |   | **TOTAL DES PRODUITS** |   |
|  |  |  |  |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** | 0,00 € | **87 - Contributions volontaires en nature** | 0,00 € |
| Secours en nature |   | Bénévolat |   |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |   | Prestations en nature |   |
| Personnel bénévole |   | Dons en nature |   |
| **TOTAL** | 0,00 € | **TOTAL** | 0,00 € |

**3.2. Bilan du budget**

Budget total : ………………………………€

Financeur(s) potentiel(s) :

-

-

-

-

Autofinancement : ………………………….€

Montant demandé à l’ARS : ………………………………€

**DECLARATION SUR L’HONNEUR**

*Si le signataire n’est pas le représentant statutaire ou légal de la structure, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures – celle du représentant légal et de celle de la personne qui va le représenter) 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 déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

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

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l’organisme:

Nom du titulaire du compte : .............................................................................................

Banque : ...........................................................................................................................

Domiciliation : ...................................................................................................................

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte  | Clé RIB |
|  |  |  |  |

**Fait pour valoir ce que de droit,**

**Le à**

**Nom et signature du responsable légal de l’organisme :**

**Cachet de l’organisme ou raison sociale :**

***Attention***

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