

**Appel à projets 2019-2021 visant :**

**- A améliorer le parcours de soins des personnes en situation de précarité et de renoncement aux soins.**

**- A soutenir les travailleurs sociaux de la polyvalence du Département de l’Isère en difficulté dans l’accompagnement santé**

**DEMANDE DE FINANCEMENT AUPRÈS DU DÉPARTEMENT DE L’ISÈRE**

**AU TITRE DE L’ANNÉE 2019**

Cette demande de financement, à renseigner intégralement, est complémentaire et doit être adressée en même temps que la fiche de présentation de votre projet ; elle porte sur les informations administratives et financières indispensables à l’étude de votre proposition.

**I - IDENTIFICATION DE L’ORGANISME**

**A - IDENTITÉ DE L’ORGANISME**

Dénomination de l’organisme :

*(nom complet conformément aux statuts)*

Sigle :

Adresse du siège social :

Adresse de l’antenne locale : *(si différente du siège social)*

Téléphone : Courriel :

Statut juridique : [ ]  Association

 [ ]  Autre (à préciser) :

N° SIRET :

Code APE :

Rattachement à une Fédération ou Union : [ ]  Oui Dénomination :

 [ ]  Non

Objet statutaire :

**B - REPRÉSENTANT LÉGAL**

Nom - Prénom :

Fonction dans l’organisme :

Téléphone : Courriel :

**C - INTERLOCUTEUR / CORRESPONDANT DE L’ACTION**

Nom - Prénom :

Fonction dans l’organisme :

Téléphone : Courriel :

**II - FONCTIONNEMENT DE L’ORGANISME**

**A - MOYENS HUMAINS**

* *Vous indiquerez le nombre de personnes participant à l’activité globale de votre organisme, tant de manière bénévole que rémunérée.*

🢣 Nombre de bénévoles :

🢣 Nombre total de salariés : Nombre d’équivalents temps plein :

* *Vous indiquerez le nombre de personnes salariées qui participeront à la mise en œuvre des missions au titre de l’année 2019 (5 mois).*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonctions des salariés intervenant dans le cadre de l’action | Nombre | Equivalents temps plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* *Vous indiquerez le nombre de personnes salariées qui participeront à la mise en œuvre des missions au titre de l’année 2020.*

*Activité : accompagnement santé des publics en situation de précarité et de renoncement aux soins.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonctions des salariés intervenant dans le cadre de l’action | Nombre | Equivalents temps plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

*Activité : soutien des travailleurs sociaux de la polyvalence de secteur du Département de l’Isère*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Fonctions des salariés intervenant dans le cadre de l’action | Nombre | Equivalents temps plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**B - ADMINISTRATION**

Représentation du Département de l’Isère (élus et/ou fonctionnaires) dans les instances dirigeantes (nom-prénom, fonction au sein de l’instance) :

**III - DESCRIPTION DU PROJET**

*Cette partie doit impérativement être complétée même si une fiche de présentation du projet plus détaillée est également à renseigner pour cet appel à projets.*

Indiquer les modalités d’intervention que votre organisme mettra en œuvre pour la réalisation des deux missions.

(objectifs, finalités, évaluations de l’intervention…)

**IV - FINANCEMENT DU PROJET**

**Joindre impérativement les budgets prévisionnels 2019 et 2020 de l’action ci-après.**



**V - ENGAGEMENT ET SIGNATURE DU REPRÉSENTANT LÉGAL**

*Si le signataire n’est pas le représentant légal de l’organisme, joindre le pouvoir ou le mandat lui permettant d’engager celui-ci.*

Je soussigné(e), (nom-prénom)

Représentant(e) légal(e) de l’association ou de l’organisme suivant :

* atteste sur l’honneur l’exactitude des renseignements administratifs et financiers fournis ;
* certifie que l’association ou l’organisme est en règle au regard de l’ensemble de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;
* engage l’association ou l’organisme à :

⦁ satisfaire aux contrôles réglementaires découlant de l’attribution éventuelle d’une subvention ;

⦁ justifier de l’emploi des fonds accordés *(rapport d’activité, compte-rendu financier de l’action)* ;

⦁ produire ses comptes financiers ;

⦁ ne pas procéder au reversement total ou partiel à des tiers du financement attribué ;

⦁ reverser au Département les sommes non utilisées conformément à leur affectation.

* demande au Département de l’Isère, dans le cadre de l’appel à projets 2019-2021 portant sur la mise en œuvre d’un premier accueil et d’un accompagnement social des ménages avec enfant(s) mineur(s) ou à naître sans abri et en situation administrative complexe,

un financement global de : € au titre de la période du 1er juillet au 31 décembre 2019.

Fait à

Le

 Nom et signature du Représentant légal

 précédés de la mention

 « lu et approuvé »,

 Cachet de l’organisme

**VI - LISTES DES PIÈCES À JOINDRE À LA DEMANDE**

|  |
| --- |
| Statuts, récépissé de déclaration en Préfecture et copie de la publication des statuts au Journal officiel |
| Composition de l’assemblée générale, du conseil d’administration, du bureau et leurs fonctions électives |
| Relevé d’identité bancaire ou postal original, libellé aux nom et adresse statutaires du porteur |
| Bilan, compte de résultat et annexe du dernier exercice connu *(certifiés par le commissaire aux comptes ou**à défaut par le Président)* et rapports général et spécial du commissaire aux comptes |
| Compte rendu (rapport d’activité) de l’activité de l’année écoulée et de la dernière assembléegénérale  |