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

**DE L’ISÈRE**

****

**APPEL A PROJET – ANNEE 2021**

***DOSSIER DE CANDIDATURE***

Prévention de la perte d’autonomie à domicile



Prévention de la perte d’autonomie en établissement

Accompagnement des proches aidants



Modalités communes aux trois thèmes

# Informations pratiques

**Modalités d’envoi**

Le porteur de projet adressera sa candidature par courrier à l’adresse ci-contre :

**Maison départementale de l’autonomie**

Service coordination évaluation

A l’attention de Marine Torregrosa

15 avenue doyen Louis Weil

38 000 Grenoble

Ainsi aux deux adresses mail suivantes : marine.torregrosa@isere.fr et fabienne.sarrat@isere.fr

**Date limite de dépôt 🡪 Lundi 19 octobre 2020** (avant minuit)

Le cachet de la poste faisant foi

**Pièces à fournir**

****

Toutes les candidatures doivent comporter impérativement et uniquement les documents suivants :

❑ Dossier de candidature à remplir de façon numérisée

❑ Relevé d’identité bancaire

***Cas d’une demande pour plusieurs projets*** Chaque projet doit faire l’objet d’une demande. Pour chacun, il faut remplir la fiche projet et le budget prévisionnel. En revanche, la fiche de présentation et l’attestation sur l’honneur valent pour l’ensemble des demandes.

**Pièces complémentaires**

**Pour les associations** :

❑ Extrait du journal officiel

❑ Avis de situation de l’INSEE (aussi, appelé Répertoire Sirene)





**Pour les entreprises** :

❑ Extrait Kbis ou Avis de situation de l’INSEE (aussi, appelé Répertoire Sirene)

**Pour les personnes morales de droit public** :

❑ Délibération ou arrêté créant la structure

 



Tout dossier incomplet ne sera pas étudié

**Où trouver l’appel à projet ?**

L’appel à projet est disponible sur le site *https://www.isere.fr/conference-des-financeurs*

****

**Votre contact ressource** : Marine Torregrosa (marine.torregrosa@isere.fr)

Fiche de présentation du porteur de projet

**Identification de la structure**

Nom :

Statut juridique :

Adresse du siège social :

Code postal et commune :

Courriel et téléphone :

Le cas échéant, la structure identifiée sera celle qui percevra la subvention : ☐ Oui ☐ Non

Si non, merci de préciser le nom de la structure qui percevra la subvention :

**Caractéristiques de la structure**

Principales activités réalisées :

Effectifs (en nombre d’ETP) :

* Salariés :
	+ Pour le personnel d’intervention :
	+ Pour le personnel d’encadrement :
* Bénévoles :
* Adhérents :

Pour les SAAD, activité annuelle en nombre d’heures :

Relations avec d’autres associations, affiliation à un réseau/union/fédération :

**Identification du responsable légal de la structure**

Nom et prénom :

Fonction :

Courriel et téléphone :

**Identification de la personne chargée du dossier**

*La personne chargée du dossier sera considérée comme la personne référente du projet*

Nom et prénom :

Fonction :

Courriel et téléphone :

Budget prévisionnel détaillé

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT (€)** | **PRODUITS** | **MONTANT (€)** |
| **60. Achat** | **0** | **70. Vente de produits finis, prestations de services, marchandises** | **0** |
| Achats d’études et de prestations de services |  | Prestation de services |  |
| Achats non stockés de matières et de fournitures |  | Vente de marchandises |  |
| Fournitures non stockables (eau, énergie) |  | Produits des activités annexes |  |
| Fournitures d’entretien et de petit équipement |  |  |  |
| Autres fournitures |  |  |  |
| **61. Services extérieurs** | **0** | **74. Subventions d’exploitation** | **0** |
| Sous-traitante générale |  | Conférence des financeurs |  |
| Locations |  |  |  |
| Entretien et réparation |  | Région (s) |  |
| Assurance |  |  |  |
| Documentation |  |  |  |
| Divers |  | Etat (précisez les ministères sollicités) |  |
| **62. Autres services extérieurs** | **0** |  |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Commune (s) |  |
| Publicité, publication | **0** |  |  |
| Déplacements, missions | **0** | Fondation de France |  |
| Frais postaux et de télécommunications |  | Organismes sociaux |  |
| Services bancaires, autres |  | MSA |  |
| **63. Impôts et taxes** | **0** |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | Fonds européens |  |
| Autres impôts et taxes |  | CNASEA (emplois aidés) |  |
| **64. Charges de personnel** | **0** |  |  |
| Rémunération des personnels |  |  |  |
| Charges sociales |  | **75. Autres produits de gestion courante** | **0** |
| Autres charges de personnel |  | Dont cotisations |  |
| **65. Autres charges de gestion courante** | **0** | **76. Produits financiers** |  |
| **66. Charges financières** | **0** | **77. Produits exceptionnels** | **0** |
| **67. Charges exceptionnelles** | **0** | **78. Reprises sur amortissements et provisions** | **0** |
| **68. Dotation aux amortissements (provisions pour renouvellement)** | **0** | **79. Transfert de charges** | **0** |
| ***TOTAL DES CHARGES PREVISIONNELLES*** | **0** | ***TOTAL DES PRODUITS PREVISIONNELS*** | **0** |
| **86. Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87. Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations  |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| ***TOTAL DES CHARGES*** | **0** | ***TOTAL DES PRODUITS*** | **0** |

Attestation sur l’honneur

Je soussigné (e) (Nom et Prénom) représentant légal de (Identification de la structure)

- Certifie être 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 subvention introduites auprès d’autres financeurs publics.

- Demande une participation financière de (montant) euros.

- M’engager à réaliser le projet dans les conditions définies dans la convention notamment à respecter les obligations ci-dessous :

1 – Transmettre au service instructeur les décisions et certificats de versement relatifs aux aides publiques sollicitées aux cours des trois dernières années.

2 – Certifie que le montant cumulé des aides publiques attribuées sur les 3 dernières années dont l’exercice en cours :

❑ Est inférieur ou égal à 500 000 €

❑ Est supérieur à 500 000 €

3 – Respecter les dates d’éligibilité des dépenses prévues dans la convention portant attribution de la participation financière de la Conférence des financeurs du département de l’Isère.

4 – Respecter les règles d’éligibilité des dépenses.

5 – Informer le service instructeur de l’avancement de l’opération ou de l’abandon du projet et ne pas modifier le contenu du projet ou le plan de financement initial sauf accord du service.

6 – Donner suite à toute demande du service instructeur aux fins d’obtenir les pièces ou informations relatives au conventionnement ou à la liquidation de l’aide.

7 – Remettre au service instructeur les bilans intermédiaires et les bilans qualitatifs, quantitatifs et financiers finalisés selon les modèles transmis et aux dates prévues par la convention. A l’appui de ces bilans, le porteur communiquera en pièces jointes les décisions des cofinanceurs publics qui n’auraient pas été produites antérieurement ainsi que la liste des factures et pièces comptables et valeur probante équivalente justifiant des dépenses déclarées aux bilans correspondants.

8 – Déclarer des dépenses effectivement encourues, c'est-à-dire correspondant à des paiements exécutés et justifiés par des pièces de dépense acquittées (facture avec mention portée par le fournisseur, feuilles de salaire…) ou des pièces de valeur probante équivalente.

9 – Me soumettre à tout contrôle technique, administratif et financier, sur pièces et/ou sur place, y compris au sein de sa comptabilité, effectué par le service instructeur ou par toute autorité commissionnée par l’autorité de gestion ou par les corps d’inspections et de contrôle nationaux ou communautaires. A cet effet, le porteur s’engage à présenter aux agents de contrôle tous documents et pièces établissant la réalité, la régularité et l’éligibilité des dépenses encourues.

10 – Conserver les pièces justificatives jusqu’à la date limite à laquelle sont susceptibles d’intervenir les contrôles, soit 3 ans après la date de fin de la convention.

11 – Procéder au reversement, partiel ou total des sommes versées, exigé par l’autorité de gestion en cas de non-respect des obligations ci-dessus et notamment, de refus des contrôles, de la non- exécution totale ou partielle de l’opération, de la modification du plan de financement sans autorisation préalable ou de l’utilisation des fonds non conforme à l’objet.

Cachet de l’organisme ou raison sociale :

Fait pour valoir ce que de droit

A :

Date :

Nom et signature du responsable légal de l’organisme :

*Les fausses déclarations sont sanctionnées par les articles 441-1 et suivants du code pénal.*

Fiche projet

THEME 1 – PREVENTION A DOMICILE

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure porteuse du projet** |  |
| **Intitulé de l’action** |  |
| **Thématique de prévention** | *(Voir cahier des charges, p7)* |
| **Diagnostic/contexte** | **Besoins locaux identifiés propres au projet****Action nouvelle ou non. Si l’action est non nouvelle, préciser les éléments nouveaux ou enrichissements apportés.** |
| **Objectifs de l’action** |  |
| **Public visé par l’action**  | **Méthode de repérage des bénéficiaires**(*Ex. : conférence d’information, questionnaire…)***Nombre de bénéficiaires potentiels****Ciblage du public : personnes autonomes ou personnes en perte d’autonomie et bénéficiaires de l’APA** |
| **Description détaillée de l’action** | **Forme de l’action** (*Ex. : atelier, conférence…*)  |  |
| **Périodicité de l’action**(*Ex. : 1 fois par mois, tous les lundis matins…)***Calendrier prévisionnel détaillé***(Ex. : du 15 septembre au 1er décembre, nombre total de séances, sujets des séances)***Lieu de réalisation** *Préciser la/les commune/s concernée/s* |
| **Partenaires associés à l’action** | **Partenaires acteurs** (*Ex. : intervenants, prestataire*)**Partenaires ressources**(*Ex. : CCAS, Conseil départemental, communautés communes, centres sociaux culturels…*)**Partenaires informés** (*Ex. : partenaires locaux*) |
| **Moyens humains mobilisés*****- Joindre impérativement le ou les CV correspondants et la copie des diplômes et qualifications*** | **Profil des professionnels**(*Ex. : psychologue, éducateur activité physique, bénévoles qualifiés…)***Missions des professionnels** **Nombre d’heures total****Coût** |
| **Moyens matériels mobilisés** | **Intitulé et coût :** * Location de salle :
* Moyens de communication :
* Frais de déplacement :
* Matériels divers (convivialité, numérique, sportif…)
* …
 |
| **Financement de l’action** ***- Joindre un devis***  | **Coût total de l’action** (moyens humains + matériels) **Co-financeurs éventuels et montants des co-financements****Participation ou gratuité pour les bénéficiaires** |
| **Montant de la subvention demandée à la Conférence des financeurs****- *Merci d’arrondir les montants aux chiffres ronds*** |  |

EME 1 ON A DOMIC

Fiche projet

THEME 2 – PREVENTION EN ETABLISSEMENT

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure porteuse du projet** |  |
| **Intitulé de l’action** |  |
| **Thématique de prévention abordée** | *(Voir cahier des charges, p9)* |
| **Diagnostic/contexte**  | **Besoins identifiés au sein de l’établissement****Action nouvelle ou non. Si l’action est non nouvelle, préciser les éléments nouveaux ou enrichissements apportés.** |
| **Objectifs de l’action** |  |
| **Public visé par l’action**  | **Méthode de repérage des bénéficiaires**(*Ex. : conférence d’information, questionnaire…)**En cas d’action existante, précisez si le renouvellement du public est prévu (ouverture à de nouveaux bénéficiaires ; si oui, lesquels)***Nombre de bénéficiaires potentiels****Ciblage du public : personnes autonomes ou personnes en perte d’autonomie et bénéficiaires de l’APA** |
| **Description détaillée de l’action** | **Forme de l’action** (*Ex. : atelier, conférence…*)  |  |
| **Périodicité de l’action**(*Ex. : 1 fois par mois, tous les lundis matins…)***Calendrier prévisionnel détaillé***(Ex. : du 15 septembre au 1er décembre)***Lieu de réalisation** *Préciser la/les commune/s concernée/s* |
| **Partenaires associés à l’action** | **Partenaires acteurs** (*Ex. : intervenants, prestataire*)**Partenaires ressources**(*Ex. : CCAS, Conseil départemental, communautés communes, centres sociaux culturels…*)**Partenaires informés** (*Ex. : partenaires locaux*) |
| **Moyens humains mobilisés*****- Joindre impérativement le ou les CV correspondants et la copie des diplômes et qualifications*** | **Profil des professionnels**(*Ex. : psychologue, éducateur activité physique, bénévoles qualifiés…)***Missions des professionnels** **Nombre d’heures total****Coût** |
| **Moyens matériels mobilisés** | **Intitulé et coût :** * Location de salle :
* Moyens de communication :
* Frais de déplacement :
* Matériels divers (convivialité, numérique, sportif…)
* …
 |
| **Financement de l’action** ***- Joindre un devis***  | **Coût total de l’action** (moyens humains + matériels) **Co-financeurs éventuels et montants des co-financements****Participation ou gratuité pour les bénéficiaires** |
| **Montant de la subvention demandée à la Conférence des financeurs****- *Merci d’arrondir les montants aux chiffres ronds*** |  |

Fiche projet

THEME 3 – ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure porteuse du projet** |  |
| **Intitulé de l’action** |  |
| **Diagnostic/contexte** | **Besoins identifiés** **Préciser si l’action est nouvelle ou non** |
| **Objectifs de l’action** |  |
| **Public visé par l’action**  | **Méthode de repérage des aidants**(*Ex. : conférence d’information, questionnaire…)**En cas d’action existante, précisez si le renouvellement du public est prévu (ouverture à de nouveaux bénéficiaires ; si oui, lesquels)***Moyens de communication prévus****Nombre de bénéficiaires potentiels** |
| **Description détaillée de l’action** | **Forme de l’action** (*Ex. : atelier, conférence…*)  |  |
| Périodicité de l’action(*Ex. : 1 fois par mois, tous les lundis matins…)*Calendrier prévisionnel détaillé*(Ex. : du 15 septembre au 1er décembre, nombre de séances, sujets des séances)*Lieu de réalisation *Préciser la/les commune/s concernée/s* |
| **Partenaires associés à l’action** | **Partenaires acteurs** (*Ex. : intervenants, prestataire*)**Partenaires ressources**(*Ex. : CCAS, Conseil départemental, communautés communes, centres sociaux culturels…*)**Partenaires informés** (*Ex. : partenaires locaux*) |
| **Moyens humains mobilisés*****- Joindre impérativement le ou les CV correspondants et la copie des diplômes et qualifications*** | **Profil des professionnels**(*Ex. : psychologue, éducateur activité physique, bénévoles qualifiés…)***Missions des professionnels** **Nombre d’heures total****Coût** |
| **Moyens matériels mobilisés** | **Intitulé et coût :** * Location de salle :
* Moyens de communication :
* Frais de déplacement :
* Matériels divers (convivialité, numérique, sportif…)
* …
 |
| **Financement de l’action** ***- Joindre un devis***  | **Coût total de l’action** (moyens humains + matériels) **Co-financeurs éventuels et montants des co-financements****Participation ou gratuité pour les bénéficiaires** |
| **Montant de la subvention demandée à la Conférence des financeurs****- *Merci d’arrondir les montants aux chiffres ronds*** |  |