









**Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d’autonomie des personnes âgées du département de la Gironde**

**APPEL À INITIATIVES 2024**

**Date limite de dépôt : 6 Juin 2024**

**Nom de la structure :**

**Intitulé du projet :**

**Public :**  proches aidants  seniors

**Territoire de Solidarité :**

PTS Bassin

PTS Bordeaux

PTS Graves

PTS Haute Gironde

PTS Hauts de Garonne

PTS Libournais

PTS Médoc

PTS Porte du Médoc

PTS Sud Gironde

**Financement sollicité à la CDF :**

**S’agit-il d’une 1ère demande de financement auprès de la CDF :**  Oui  Non

**Dossier de candidature**

**Informations pratiques**

**Contact**

Pour toute demande, n’hésitez pas à nous contacter en nous adressant un mail à : [**conferencedesfinanceurs@gironde.fr**](mailto:conferencedesfinanceurs@gironde.fr)

**Envoi du dossier**

Date limite de réception des dossiers de candidature : **6 Juin 2024**

Le dossier dûment complété est à envoyer par voie électronique et/ou postale, sous la référence : **Candidature appel à initiatives Conférence des Financeurs de la Gironde**

* Par mail, joindre le dossier de candidature complété, à l’adresse suivante : [**conferencedesfinanceurs@gironde.fr**](mailto:conferencedesfinanceurs@gironde.fr)

**ATTENTION : vous devez obligatoirement recevoir un accusé réception de dépôt de votre dossier par mail. En cas de non réception, contactez-nous dans les meilleurs délais.**

* Par courrier, le dossier de candidature complété à l’adresse suivante :

Département de la Gironde

Pôle Solidarité Autonomie

Service de la coordination, des partenariats et du schéma de l’autonomie

Immeuble Gironde Egalité

1 esplanade Charles de Gaulle

CS 71223 33074 Bordeaux Cedex

**Documents à joindre impérativement**

* Identification de la structure
* Fiche « Présentation du projet »
* Fiche « Budget du projet » (s’il s’agit d’un renouvellement, tenir compte des fonds dédiés et de la reprise sur fonds dédiés)
* Suivi et évaluation du projet
* Fiche « Certificat d’engagement »
* Bilans des actions précédentes, si l’action a déjà été expérimentée
* Etat des demandes de cofinancements (justificatifs des demandes de financements et des réponses éventuelles)
* Devis
* RIB
* Comptes de résultats et bilans des 3 dernières années

**ATTENTION : Seuls les dossiers complets seront instruits et présentés en réunion de la Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de la Gironde**

**Annexe : Les données départementales**

**1 - Identification de la structure**

Identification de la structure, du représentant légal et de la personne qui pilote le projet (référent opérationnel).

**● LA STRUCTURE**

Nom de la structure :

Sigle :

Type de structure (association, EHPAD public, EHPAD privé, centre social …) :

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

Adresse de l’antenne, si différente :

Code postal : Commune :

N° SIRET/SIREN :

Code NAF (APE) :

Téléphone :

Courriel :

**● LE RÉPRESENTANT LÉGAL**

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

**● LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER** si différente du représentant légal

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel :

**PRÉSENTATION DE VOTRE STRUCTURE**

Mieux vous connaître pour mieux communiquer sur vos projets

**Brève présentation de votre structure :**

**Le(s) public(s) accompagné(s) :**

**Le(s) territoire(s) d’intervention :**

**Les missions générales de votre structure :**

**Contact :**

Téléphone :

Site internet :

Réseaux sociaux :

**2- FICHE « Présentation du projet »**

Présenter le projet et donner tous les arguments ou renseignements qui peuvent montrer sa validité. Des documents plus détaillés peuvent être joints en annexe au dossier de candidature.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **● Titre du projet ●** | | **● Bref résumé du projet ●** |
|  | |  |
| **Bref contexte et diagnostic** |  | |
| **Description  du projet** |  | |
| **Objectifs stratégiques** |  | |
| **Objectifs quantitatifs** |  | |
| **Nombre de bénéficiaires de 60 ans et plus concernés par le projet** |  | |
| **Public** | Les actions de ce projet :  Sont ouvertes uniquement aux personnes que vous accompagnez  Sont ouvertes à toutes et à tous (seniors et/ou proches aidants) | |
| Préciser le public : | |
| **Méthodologie  et déroulement  du projet** |  | |
| **Facilitation** | Solution de mobilité mise en place/proposée pour faciliter la venue du public sur les actions : | |
| Moyens de communication sur le projet utilisé en direction du public : | |
| **Période de réalisation des actions (ateliers, séances)** | Date de début des actions : | |
| Date de fin des actions : | |
| Fréquence des actions : | |
| Durée globale du projet : | |
| **Territoire(s) de Solidarités  et infra-territoire(s) concerné(s) par le projet** | (voir Annexe p.12) | |
| **Partenaire(s) opérationnel(s) sur le projet** |  | |
| **Coûts du projet** | Coûts global du projet : | |
| Participation éventuelle des usagers : | |
| Moyens affectés et coûts horaires : | |
| Co-financement(s) : | |
| **Demande de financement à la CDF** |  | |

**Pour une demande de financement dans le cadre d’un renouvellement du projet auprès de la CDF**

**Année(s) de financement du projet par la Conférence des financeurs :**

2017

2018

2019

2020

2021

2022

2023

**Renseigner le bilan général du projet déjà réalisé :**

Les conclusions tirées de la/des précédente(s) année(s) de réalisation du projet

**Décrire les évolutions actuelles apportées au projet :**

**3- FICHE « Budget du projet »**

Les candidats doivent présenter un budget prévisionnel du projet, détaillé et équilibré. Renseigner les montants des comptes et sous-comptes. Joindre un budget TTC de la totalité du projet.

* **Financement des EHPAD sur 2 ans :** remplir 2 fiches budget, un budget pour l’année 1 et un budget pour l’année 2

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montants en euros** | **PRODUITS** | **Montants en euros** |
| **60 - Achats** | .........€ | **70 - Prestations de service, vente de produits finis de marchandises** | .........€ |
| Achats d’études et de prestations de services |  | Prestations de services |  |
| Achats non stockés de matières et fournitures |  | Vente de marchandise |  |
| Fournitures non stockables |  | Produits des activités annexes |  |
| Fournitures et petits équipements |  |  |  |
| Autres fournitures |  |  |  |
| **61 - Services extérieurs** | .........€ | **74 - Subventions de fonctionnement** | .........€ |
| Sous-traitance générale |  | Conférence des Financeurs |  |
| Locations |  | Etat - Préciser le(s) Ministère(s) sollicité(s) : |  |
| Entretiens et réparations |  | CNSA - Autre financement que la Conférence des Financeurs |  |
| Assurance |  | Fonds européens - Indiquer le programme : |  |
| Documentation |  | ARS |  |
| Divers |  | Région |  |
| **62 - Autres services extérieurs** | .........€ | Département(s) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Intercommunalité(s) |  |
| Publicité, publication, communication |  | Commune(s) |  |
| Déplacements, missions |  | AGIRC-ARCCO |  |
| Frais postaux ou de télécommunication |  | CAF |  |
| Services bancaires |  | CARSAT |  |
| **63 - Impôts et taxes** | .........€ | CPAM |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | MSA |  |
| Autres impôts et taxes |  | Fonds privés - Préciser : |  |
| **64 - Charges de personnel** | .........€ |  |  |
| Rémunérations du personnel |  |  |  |
| Charges sociales du personnel |  |  |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** | .........€ | **75 - Autres produits de gestion courante** | .........€ |
| **66 - Charges financières** | .........€ | dont cotisations, dons manuel ou legs |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** | .........€ | **76 - Produits financiers** | .........€ |
| **68 - Dotation aux amortissements** (provisions pour renouvellement) | .........€ | **77 - Produits exceptionnels** | .........€ |
| **86 - Emplois des contributions volontaires en nature** | .........€ | **87 - Contributions volontaires en nature** | .........€ |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens, services, prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | .........€ | **TOTAL DES PRODUITS** | .........€ |

**4 – FICHE « Suivi et évaluation du projet »**

Cette fiche détaille les modalités de suivi et d’évaluation mises en place dans le cadre du projet.  
**Le tableau est modifiable selon les besoins du projet.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Rappel des objectifs** | **Indicateurs** | **Modalités de recueil de données** | **Evaluation des indicateurs** |
| L’organisation du projet et le(s) partenariat(s) | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| La communication sur le projet | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Le budget | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| La réalisation du projet (l’activité) | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| La réponse aux besoins identifiés | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Les effets sur le bien-être/la perte d’autonomie des bénéficiaires | | | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**5 - FICHE « Certificat d’engagement »**

Je soussigné(e) ...................................................................., 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 Conseil départemental de la Gironde au titre de la Conférence des Financeurs 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 Conseil départemental de la Gironde 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 Conseil départemental de la Gironde

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

Fait à ..................................... Le ........................

Nom(s), prénom(s) et signature du ou de la représentant(e) légal(e) (ou son délégataire)

|  |
| --- |
|  |

**ANNEXE – Les données départementales**

**Découpage et chiffres clés** sur le département de la Gironde [En savoir plus](https://www.gironde.fr/le-departement/la-gironde)

**Girondescopie,** portail de la connaissance territoriale [En savoir plus](http://www.gironde.fr/collectivites/girondescopie)

