|  |  |
| --- | --- |
| N° DE DOSSIER |  |

 (Espace réservé à la Conférence des financeurs )







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

▬▬▬▬▬

**APPEL A PROJETS 2019**

**DEVELOPPEMENT DES ACTIONS COLLECTIVES DE PREVENTION DE LA PERTE D’AUTONOMIE**

▬▬▬▬▬

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

▬▬▬▬▬

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DU PROJET** |  |
| **PORTEUR DE PROJET** |  |
| **MONTANT SOLLICITÉ** | **€** |
| **COUT TOTAL DU PROJET** | **€** |

Appel à projets lancé à l’initiative de la Conférence des financeurs du Loiret en partenariat avec les Caisses de retraite (CARSAT, MSA, Sécurité sociale des indépendants.

**Case à cocher en fonction de la thématique dans laquelle vous candidatez**

|  |
| --- |
| **Thème I - Bien-être et bien vieillir global**  |
| 1. Poursuivre le développement des actions de prévention autour du bien vieillir global à domicile
 | [ ]  |
| 1. Soutenir les actions d’information destinées aux seniors concernant la sécurisation des déplacements pour les usagers de la voirie (conducteurs, cyclistes, piétons …)
 | [ ]  |
| 1. Prévenir les risques d’incidents et accidents domestiques
 | [ ]  |
| 1. Sensibiliser les seniors aux actes de délinquance dont ils peuvent être victimes
 | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Thème II - Développer la prévention en direction des futurs ou jeunes retraités et sécuriser le passage à la retraite** |
| 1. Développer des actions de préparation à la retraite
 | [ ]  |
| 1. Développer des actions de prévention adaptées aux besoins et caractéristiques d’un public âgé particulier
 | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Thème III - Garantir la santé des ainés** |
| 1. Travailler sur la prévention du risque suicidaire et dépressif
 | [ ]  |
| 1. Informer sur le bon usage du médicament
 | [ ]  |
| 1. Informer sur les maladies du grand âge et leur dépistage
 | [ ]  |
| 1. Répondre aux 3 priorités de la stratégie nationale de santé : vue / audition / santé nutritionnelle et bucco-dentaire
 | [ ]  |
| 1. Promouvoir la bientraitance et lutter contre la maltraitance
 | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Thème IV - Lutter contre l’isolement** |
| 1. Faciliter l’accès des seniors aux techniques de l’information et de la communication et aux outils numériques
 | [ ]  |
| 1. Soutenir les dispositifs d’accompagnement et de coordination des parcours et de repérage de la perte d’autonomie et des fragilités
 | [ ]  |
| 1. Faciliter la mobilité des seniors
 | [ ]  |
| 1. Soutenir les actions intergénérationnelles
 | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Thème V - Favoriser l’information et l’accès aux droits** |
| 1. Accompagner la réalisation de journée d’information d’accès aux droits
 | [ ]  |

|  |
| --- |
| **Thème VI - Améliorer la coordination et la communication sur la politique de prévention de la perte d’autonomie au sein des territoires** |
| 1. Poursuivre le travail de complémentarité entre les différentes offres, de connaissance mutuelle des acteurs et des actions individuelles et collectives
 | [ ]  |

**En cas de demande de financements multiples,**

**l’opérateur doit déposer un dossier par projet.**

**INFORMATIONS PRATIQUES**

La date limite de réception des dossiersest fixée au

**vendredi 18 janvier 2019**

Tout dossier arrivant après cette date sera automatiquement rejeté.

Le dossier de candidature dûment complété est à adresser **en priorité par voie électronique** à l’adresse suivante cfppa45@loiret.fr *(taille du message limitée à 15 Mo)*.

Le dossier peut toutefois être envoyé par voie postale à l’adresse suivante :

DEPARTEMENT DU LOIRET

Maison départementale de l’autonomie

Conférence des financeurs

45945 ORLEANS

ou être remis en mains propres contre remise d’un accusé de réception à l’adresse suivante (adresse physique), *entre 8h30 et 12h00 et entre 13h30 et 17h00 (16h00 le vendredi)* :

DEPARTEMENT DU LOIRET

Maison départementale de l’autonomie

15 rue Claude Lewy

45100 ORLEANS

Pour connaitre les critères d’éligibilité, **merci de bien vouloir vous référer au cahier des charges**, disponible sur le site internet du Département : <https://www.loiret.fr>.

Pour tous renseignements complémentaires, veuillez adresser vos questions à l’adresse suivante : cfppa45@loiret.fr .

**Liste des pièces justificatives à fournir :**

**Merci de joindre au présent dossier de candidature, dûment complété, les pièces suivantes :**

❑Relevé d’identité bancaire ou postal

❑Attestation du SIRET *(téléchargeable sur le site de l’INSEE)* et extrait K-bis, le cas échéant

❑ Attestation de paiement émanant de l’organisme de protection sociale chargé du recouvrement des cotisations et des contributions datant de moins de 6 mois *(attestation URSSAF)*

❑ Copie des derniers statuts déposés ou approuvés datés et signés

❑ Photocopie du récépissé de déclaration de l’association à la Préfecture, le cas échéant

❑ Délégation de signature, le cas échéant

❑ Bilan et compte de résultat de l’année précédente

* Devis estimatif(s) clair(s) et détaillé(s)
* Références des intervenants

❑ Budget prévisionnel de l’action *(Annexe 1)*

❑ Budget prévisionnel de la structure, approuvé *(Annexe 2)*

**Toutes les pièces demandées font partie intégrante du dossier de candidature.**

**L’absence d’un seul élément constituant le dossier de candidature entrainera**

**le rejet automatique de la candidature.**

**La recevabilité du dossier de candidature ne vaut pas engagement de la**

**Conférence des financeurs sur l’octroi de financement.**

****

**Un bilan de l’action doit être fournir en fin d’action**

**et au plus tard au 31 mars 2020**

**IDENTITE DU PORTEUR DE PROJET**

* **Identité de la structure**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  |  |
| Statut juridique :  |  |
| Objet social (activités principales) : |  |
| Adresse du siège social : |  |
|  | CP :  | Ville : |
| Téléphone :  | *Fixe :*  | *Portable :*  |
| Adresse mail :  |  |
| N° SIRET/SIREN : |  |
| Code NAF (APE) : |  |
| Adresse de l’antenne (si différente) : |  |
|  | CP :  | Ville : |
| Relations avec d’autres organismes :(*fédération,* *affiliation, union…*) |  |

* **Identité du responsable et de la personne chargée du dossier**
* *Le représentant légal*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  |  |
| Prénom : |  |
| Fonction :  |  |
| Téléphone :  | *Fixe*:  | *Ville* : |
| Adresse mail :  |  |
| En cas d’absence, personne à contacter : |  |

* *La personne en charge du dossier*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  |  |
| Prénom : |  |
| Fonction :  |  |
| Téléphone :  | *Fixe* :  | *Ville* : |
| Adresse mail :  |  |

* *La personne en charge du pilotage opérationnel, le cas échant*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom :  |  |
| Prénom : |  |
| Fonction :  |  |
| Téléphone :  | *Fixe* :  | *Ville* : |
| Adresse mail :  |  |

**PRESENTATION DU PROJET**

* **Nom du projet**

|  |
| --- |
|  |

* **Contexte du projet**
* **Historique** *(à cocher)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nouveau projet | [ ]  |
| Adaptation d’un projet existant : (*précisez lequel, ci-dessous*) | [ ]  |
| Renouvellement d’un projet : (*précisez lequel, ci-dessous*) | [ ]  |
| Projet(s) financé(s) par la Conférence des financeurs en : *(précisez le(s)quel(s), ci-dessous)* | [ ]  2017[ ]  2018 |

* **Diagnostic**

|  |
| --- |
| *Précisez les besoins identifiés ? etc…* |

* **Objectif(s) du projet**

|  |
| --- |
| *Stratégie, visée du projet etc. …* |

* **Contenu de projet**

|  |
| --- |
| *Supports et moyens utilisés, description et fréquence des actions etc. …* |

|  |
| --- |
| **CADRE RESERVE A LA CONFERENCE DES FINANCEURS** |
| **Santé Globale/Bien vieillir dont :** |[ ]
| Nutrition / diététique |[ ]
| Mémoire |[ ]
| Sommeil |[ ]
| Activités physiques et atelier équilibre / Prévention des chutes |[ ]
| Stimulations sensorielles |[ ]
| Bien-être et estime de soi |[ ]
| Hygiène |[ ]
|  |  |
| **Lien social / Difficultés sociales / isolement** |[ ]
| Sécurisation du cadre de vie / repérage des fragilités |[ ]
| Développement du lien social / de la citoyenneté |[ ]
|  |  |
| **Autres actions collectives dont :** |[ ]
| Accès à l’information et aux droits |[ ]
| Sécurité routière |[ ]
| Préparation à la retraite |[ ]
| **Observations :** |  |

* **Moyen(s) d’intervention** *(à cocher)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Atelier\*** (*à préciser*) | [ ]  |
| Nombre d’ateliers : Nombre de séances par atelier :  |  |
| **Conférence** |[ ]
| **Forum / salon** |[ ]
| **Sorties** |[ ]
| **Autres** *(à préciser)***:** |[ ]

**\*** Un atelier doit compter au minimum 4 séances

* **Public cible du projet**

*A noter : s’agissant de prévention, les textes imposent que 40 % du public bénéficiaire de l’action ne remplisse pas les conditions de perte d’autonomie qui le rendrait éligible à l’APA.*

|  |  |
| --- | --- |
| Type d’usager :* Tranche d’âge ;
* Spécificité, le cas échéant ;
 |  |
| Nombre de personnes prévisionnel concernées par le projet : |  |
| Nombre de personnes prévisionnel par actions / ateliers : |  |

* **Moyens affectés au projet**

|  |  |
| --- | --- |
| Moyens matériels : (*équipements,* *locaux…)* |  |
| Moyens humains : *(ETP dédiés, intervenants extérieurs, bénévoles …)* |  |

* **Lieu du déroulement du projet**
* **Cantons** *(à cocher)* **:**

|  |  |
| --- | --- |
| Beaugency |[ ]  Montargis |[ ]
| Châlette-sur-Loing |[ ]  Olivet |[ ]
| Châteauneuf-sur-Loire |[ ]  Orléans 1\*  |[ ]
| Courtenay |[ ]  Orléans 2\*  |[ ]
| La Ferté-Saint-Aubin |[ ]  Orléans 3\*  |[ ]
| Fleury-les-Aubrais |[ ]  Orléans 4\* |[ ]
| Gien |[ ]  Pithiviers |[ ]
| Lorris |[ ]  Saint-Jean-de-Braye |[ ]
| Malesherbes |[ ]  Saint-Jean-de-la-Ruelle |[ ]
| Meung-sur-Loire |[ ]  Saint-Jean-le-Blanc |[ ]
|  |  | Sully-sur-Loire |[ ]

\*Cartographie des cantons d’Orléans en annexe 3

* **Commune(s)** *(à préciser)*:

|  |  |
| --- | --- |
|   |  |

* **Calendrier prévisionnel et durée de l’action**

|  |
| --- |
| *Calendrier prévisionnel mentionnant des dates et non des périodes* |

* **Participation financière des usagers**

|  |
| --- |
| Une participation financière est-elle demandée aux participants :  [ ]  OUI [ ]  NON Si oui, pour quel montant ? **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€** |

* **Partenariat**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Partenaires | Rôles dans le projet | Financement  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Indicateurs et outils d’évaluation envisagés :**

|  |
| --- |
| ***Rapport d’activité*** *: nombre d’ateliers, de sessions, de personnes concernées etc. …* ***Outils*** *: enquêtes de satisfaction (anonymes ou pas, en groupe ou par téléphone,...), réflexions en équipe animée par les professionnels,…* ***Indicateurs*** *Evaluation de l’impact sur le public et sur votre structure,*  |

**ATTESTATION SUR L’HONNEUR**

|  |
| --- |
| **Je soussigné(e)** **En ma qualité de :**1. ***Certifie l’exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de cette demande.***
2. ***S’engage à informer le Département de toutes modifications apportées à ce projet notamment dans son budget prévisionnel de financement et son calendrier.***
3. ***S’engage à réaliser le projet dans les conditions prédéfinies dans ce dossier de candidature.***
4. ***S’engage à se soumettre à tout contrôle technique, administratif et financier de la part du Département.***
5. ***S’engage à informer le Département dans l’hypothèse où le projet ne serait pas mis en œuvre ou retardé. Le cas échéant, ce dernier se réserve le droit de retirer sa participation financière et de l’affecter à un autre projet opérationnel.***

**Fait à : Le :**  |
| **Signature** | **Cachet de la structure** |

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

**ANNEXE 1**

**Budget prévisionnel de l’action**

Le candidat doit présenter un budget prévisionnel **détaillé et équilibré** de l’action envisagée.

(Ne pas indiquer les centimes)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dépenses** | **Montant** | **Recettes** | **montant** |
| **Achats spécifiques au projet** | **€** | **Fonds propres** |  **€** |
| Prestations de services |  **€** |  |  |
| Matières et fournitures |  **€** | **Participation des usagers** |  **€** |
| Petits équipements |  **€** |  |  |
| Autres (Précisez) : |  **€** | **Subventions demandées** |  **€** |
|  |  | AAP 2019 « Actions collectives »\* | €  |
| **Services extérieurs** |  **€** | Région |  **€** |
| locations |  **€** | Commune |  **€** |
| Entretien  |  **€** | Fonds Européens |  **€** |
| Assurance |  **€** | Autres (Précisez) |  **€** |
| Documentation |  **€** |  |  |
| Autres (Précisez) : |  **€** |  |  |
|  |  |  |  |
| **Autres services extérieurs** |  **€** |  |  |
| Honoraires |  **€** |  |  |
| Publicité |  **€** | **CNASEA (Emploi aidés)** |  **€** |
| Déplacements, missions |  **€** | **Fondation (Précisez)** |  **€**  |
| Frais postaux |  **€** | **Banques** |  **€** |
| Autres (Précisez) |  **€** |  |  |
|  |  | **Autres Produits (Précisez)** |  **€** |
| **Charges de personnel** |  **€** |  |  |
| Salaires et charges |  **€** |  |  |
|  |  |  |  |
| **Autres Charges (Précisez**) |  **€** |  |  |
| **Charges exceptionnelles** |  **€** | **Produits exceptionnels** |  **€** |
| Emploi des contributions volontaires en nature |  **€** | Emploi des contributions volontaires en nature |  **€** |
| **COUT TOTAL DU PROJET** |  **€** | **TOTAL DES RECETTES** |  **€** |

\*En cas de co-financement, la répartition sera opérée entre la Conférence des financeurs et les co-financeurs (CARSAT, MSA, Sécurité sociale des indépendants)

**ANNEXE 2**

|  |
| --- |
| **Budget prévisionnel de la structure approuvé par les instances statutaires pour l'exercice.** |
| **Dépenses[[1]](#footnote-1)**  | Montant en euros [[2]](#footnote-2) | **Recettes3** | Montant en euros4  |
| **60 - Achats**- Achats d'études et de prestations de service- Achats non stockés de matières et fournitures- Fournitures non stockables (*eau, énergie*)- Fournitures d'entretien et de petit équipement- Fournitures administratives- Autres fournitures**61 - Services extérieurs**- Sous traitance générale- Locations mobilières et immobilières- Entretien et réparation- Assurances- Documentation- Divers**62 - Autres services extérieurs**- Rémunérations intermédiaires et honoraires- Publicité, publications- Déplacements, missions et réceptions- Frais postaux et de télécommunication- Services bancaires- Divers**63 - Impôts et taxes**- Impôts et taxes sur rémunérations- Autres impôts et taxes**64 - Charges de personnel**- Rémunérations du personnel- Charges sociales- Autres charges du personnel**65 - Autres charges de gestion courante****67 - Charges exceptionnelles****68 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements** |       €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      € | **70 - Ventes de produits finis , prestations de services**- Marchandises- Prestations de services- Produits des activités annexes**74 - Subventions d'exploitation***(Précisez si perçu ou à percevoir)*- État (*à détailler*) :                              - Région(s) :           - Département(s) :           - Commune(s) :           - Organismes sociaux (*à détailler*) :                    - Fonds européens- CNASEA (*emplois aidés*)- Autres(*à détailler*) :          **75 - Autres produits de gestion courante**- Cotisations- Autres**76 - Produits financiers****77 - Produits exceptionnels**- Sur opérations de gestion- Sur exercices antérieurs**78 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements** |       €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      €      € |
| **Total des Charges Prévisionnelles** | **€** | **Total des Produits Prévisionnels** | **€** |
| **86 - Emploi des contributions volontaires en nature**- Rémunérations du personnel- Charges sociales- Autres charges du personnel |       €      €      € | **87 - Contributions volontaires en nature**- Bénévolat- Prestations en nature- Dons en nature |       €      €      € |
| **Total des Charges** | **€** | **Total des Produits** | **€** |

**ANNEXE 3**

1. Seules les rubriques vous concernant sont à remplir [↑](#footnote-ref-1)
2. Ne pas indiquer les centimes [↑](#footnote-ref-2)