|  |
| --- |
| Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d’Autonomiedes personnes âgées de 60 anset plus**Dossier de candidature 2025**Bien vieillir en Seine-et-Marne c’est top !**DATE DE PUBLICATION : 12 juillet 2024****DATE DE CLOTURE : 27 septembre 2024** |

##

## DOSSIER À RETOURNER COMPLÉTER AVANT LE 27 septembre 2024

**À adresser par voie postale avant le 27 septembre 2024 :**

Conseil départemental de Seine-Et-Marne

CS 50377

DGAS/DA/ Conférence des financeurs

77010 MELUN Cedex

Et par voie électronique en format **WORD Exclusivement**

eric.pettaros@departement77.fr

🕿 01.64.19.27.18

###### **PRESENTATION DE VOTRE ORGANISME**

###### IDENTIFICATION DE VOTRE ORGANISME

Nom de votre organisme :

Sigle de votre organisme :

Adresse de son siège social :

Code Postal : Commune :

Téléphone : Télécopie :

Mail :

N° SIRET / SIREN :

Adresse de correspondance (si différente du siège social) :

Code Postal : Commune :

**Nom de la personne responsable du projet**: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Téléphone et mail : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

##### Renseignements bancaires :

##### **(Joindre un relevé bancaire ou postal au nom exact de l’association)**

|  |
| --- |
| COLLER ICI OBLIGATOIREMENT**LE RIB**  |

**RUBRIQUE A COMPLETER POUR LES ASSOCIATIONS UNIQUEMENT**

IDENTIFICATION DES RESPONSABLES DE L’ASSOCIATION ET DE LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom** | **Prénom** | **Adresse** |
| **Les personnes responsables de l’association** |
| Président(e) |  |  |  |
| Secrétaire |  |  |  |
| Trésorier |  |  |  |

RENSEIGNEMENTS D’ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

## Association Loi 1901

Déclaration en préfecture le :

Enregistrement en préfecture le :

Publication au journal officiel le :

But de l’association (cf. statuts) :

Activité principale de l’association :

**Votre association dispose-t-elle d’un agrément** : OUI NON

Type d’agrément : Attribué par : En date du : Date parution au JO :

**Votre association est-elle reconnue d’utilité publique :** OUI NON

Référence : date et numéro du décret :

**Composition du conseil d’administration :**

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

Nom et prénom :

##### Autres informations pertinentes relatives à votre association que vous souhaitez indiquer :

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ASSOCIATION

**Moyens humains de l’association :**

Nombre total de salariés permanents :

Parmi eux :

Nombre de contrats à durée indéterminée :

###### Nombre de contrats à durée déterminée :

Autres contrats :

Indiquer votre numéro d’employeur : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nombre total de bénévoles :

Nombre d’adhérents année écoulée \_\_\_\_\_\_\_ dont \_\_\_\_\_\_\_ adhérents Seine et Marnais

Montant de l’adhésion en 2024 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

Montant de l’adhésion prévue en 2025 : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€

**Zone d’intervention :**

Etes-vous une fédération départementale ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etes-vous une association à caractère départemental ?\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Etes-vous affilié à une fédération ?

(Départementale, régionale, nationale)

Laquelle :

###### Adresse :

###### Tél. :

###### Sur quelles communes intervenez-vous :

######

######

**Conventions / contrats d’objectifs :**

Votre association bénéficie-t-elle de conventions ou de contrats d’objectif en cours avec le Conseil départemental ? Si oui, précisez quel service du Département :

Bénéficiez-vous à ce titre d’aides d’autres partenaires**?** OUINON

(Etat, région, commune ou autre) Si oui, précisez lesquelles :

**Subventions publiques :**

###### Votre association a-t-elle bénéficié de subventions au cours de l’exercice précédent ?

 OUI NON

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Collectivités** | **Montant des subventions perçues****en 2023** | **Montant des aides diverses** |
| **Fonctionnement** | **Investissement** |
| Etat |  |  |  |
| Région |  |  |  |
| Département |  |  |  |
| Commune |  |  |  |
| Divers (à préciser) |  |  |  |

Précisions :

**DEMANDE DE PARTICIPATION FINANCIERE 2025**

**Conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie**

**Actions collectives de prévention de la perte d’autonomie**

**Montant TTC de la subvention sollicitée :**

**Thématiques :**

**⬜ Axe 1 - L’Innovation – L’Accès aux aides techniques et aménagement du logement**

**Action à préciser :**

**⬜ Axe 3 - Appui aux SAAD / SIAAD**

**Action à préciser :**

**⬜ Axe 4 - L’Aide et le soutien aux aidants**

**Action à préciser :**

**⬜ Axe 5 - Actions collectives de prévention**

⬜ Activités physiques adaptées et nutrition

⬜ Maintien du lien social/utilité sociale/lutte contre l’isolement

⬜ L’Accès aux droits

⬜ Améliorer les grands déterminants de la santé

⬜ Les actions de prévention de perte d’autonomie en EHPAD

|  |
| --- |
| **CONFERENCE DES FINANCEURS****Année 2025** |
| * Date de rédaction de la fiche-action:
* Nom du Pilote de l’action:
* Fonction :
* Etes-vous inscrit sur un module de formation sur la prévention-promotion de la santé proposé par la CNSA

OUI NON * Personne à contacter pour le suivi du dossier :

Téléphone : Email :**Toutes ces informations doivent être renseignées.** |  |

|  |
| --- |
| **1. DESCRIPTION** **a) Identification des enjeux.** Texte libre **A quel(s) enjeu(x) de santé publique l'action contribue-t-elle ? Précisez en quoi ?** (par exemple : prévention des chutes, lutte contre la dénutrition, contre l'apparition des troubles cognitifs, etc.**Les intervenants ont-ils une formation dans les thématiques de l'action et/ou dans le champ de la prévention ? (Si oui, veuillez préciser lesquelles)****L’action intègre-t-elle une démarche de proximité permettant de lutter contre les inégalités sociales et de santé (aller-vers) ?****OUI** **NON** **Pouvez-vous préciser les outils mobilisés dans la stratégie d'aller-vers ? (par exemple: ciblage particulier des personnes précaires, accompagnement individualisé, dispositif itinérant, renforcement du « pouvoir d’agir » du sujet âgé, pairaidance, etc.****L’action inclut-elle une orientation des participants vers d’autres dispositifs de prévention de la perte d’autonomie sur le territoire de l’action ?****OUI** **NON****b) Objectifs visés par l’action**Texte libre **c)** **Le** **Public ciblé** Quel sera le Nombre d’hommes ?Quel sera le Nombre de femmes ?Quel sera la classe d’âge concernée ?**d) Le contenu de l’action** Texte libre **e) Les modalités et les moyens mobilisés**Texte libre **f) Le montant financier TTC à attribuer**définir le montant de la demande de la participation financière**g) Le calendrier de réalisation**Préciser les dates de début et de fin **h ) Le porteur de l’action** Qui est le porteur de l’action ( CCAS , association …) |
| **2. DONNÉES COMPLEMENTAIRES****a) Territoire concerné**Ou se déroulera l’action ?**b) Lorsque l’action comporte plusieurs séances/ateliers, sa régularité doit y être indiquée (exemple** 1 ateliers composé de 12 séances de 90 minutes 2 fois par semaine sur 12 semaines consécutives)Texte libre **c) Dates et lieux de déroulement du projet ou des actions**Texte libre  |
| **3. EQUIPE DE MISE EN ŒUVRE** **L’action s’inscrit-t-elle dans une démarche partenariale effective avec les acteurs locaux ?****OUI** **NON** **Pouvez-vous lister ces partenaires et détailler la nature de ces liens (par exemple : CCAS pour un soutien matériel (mise à disposition d'une salle) ?****a) Au niveau des membres de la conférence des financeurs**y a-t-il des partenaires membres de la CDF ?**b) Au niveau des partenaires extérieurs associés** ***Merci d’identifier les partenaires***  |
| **4- EVALUATION** Présenter votre méthodologie : |
| **5- DEPENSES (Utilisation du tableau BP dans la demande de subvention)****Merci de compléter la maquette BP (budget prévisionnel)** |

**BUDGET PREVISIONNEL TTC DE L’ACTION 2025**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPENSES** | **PREVISION** | **RECETTES** | **PREVISION** |
| **60 ACHATS** |  | **70 RECETTES/SERVICES RENDUS** |  |
| Alimentation et boissons |  | Participation des usagers |  |
| Eau, Gaz, Electricité, Combustible |  | Prestations de services |  |
| Fournitures d’entretien, petit équipement deBureau |  | Produits des activités annexes |  |
| Fournitures d’activité |  | **74 SUBVENTION D’EXPLOITATION** |  |
| Divers |  | Etat (à détailler) : |  |
| **61 SERVICES EXTERIEURS** |  |  |  |
| Sorties |  |  |  |
| Loyers |  | Région(s) : |  |
| Location de matériels |  |  |  |
| Travaux d’entretien et de réparation |  |  |  |
| Prime d’assurance |  | Conférence des financeurs : |  |
| Frais de colloques, séminaires, conférences |  |  |  |
| Divers |  |  |  |
| **62 AUTRES SERVICES EXTERIEURS** |  | Commune(s) : |  |
| Rémunérations d’intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, Publication |  |  |  |
| Transports liés aux activités |  | Organismes sociaux : |  |
| Déplacements, missions et réceptions |  |  |  |
| Frais postaux et télécommunication |  |  |  |
| Formation |  | Fonds européens : |  |
| Services Bancaires |  | CNASEA (emplois aidés) : |  |
| Divers |  | Autres (précisez) : |  |
| **63 IMPOTS, TAXES & VERS. ASSIMILES** |  |  |  |
| Taxes sur les salaires |  |  |  |
| Autres impôts et taxes |  | **SUBVENTIONS PRIVEES (précisez)** |  |
| **64 CHARGES DE PERSONNEL** |  |  |  |
| Salaires bruts |  | **75 AUTRES PRODUITS DE GESTION COURANTE** |  |
| Charges sociales et patronales |  | Cotisations |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres |  |
| **65 AUTRES CHARGES DE GESTIONCOURANTE** |  | **76 PRODUITS FINANCIERS** |  |
| **66 CHARGES FINANCIERES** |  |  |  |
| Intérêts des emprunts |  | **77 PRODUITS EXCEPTIONNELS** |  |
| Agios bancaires |  | Revenus valeurs mobilières placement |  |
| **67 CHARGES EXCEPTIONNELLES** |  |  |  |
| Sur l’exercice en cours |  | **78 REPRISE S/AMORTI. ET PROV.** |  |
| Sur les exercices antérieurs |  | Amortissements |  |
| **68 DOTATIONS AMORT. ET PROVISIONS** |  | Provisions |  |
| Amortissements |  |  |  |
| Provisions |  |  |  |
| EXCEDENT DE L’EXERCICE |  | PERTE DE L’EXERCICE |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

|  |
| --- |
| **PIÈCES À JOINDRE AU DOSSIER** **L’EXAMEN DE LA DEMANDE DE FINANCEMENT EST CONDITIONNÉ À L’ENVOI D’UN DOSSIER COMPLET** |

 **PIÈCES À FOURNIR :**

* le relevé d’identité bancaire ou postal

**LORS D’UNE PREMIÈRE DEMANDE OU D’UN CHANGEMENT DE STATUT JOINDRE LES PIÈCES SUIVANTES :**

* les statuts ou les modifications au statut
* une photocopie de la publication au journal officiel des statuts et/ou des modifications statutaires
* Récépissé de déclaration de l’association

**COMMUNICABILITE :**

Autorisez-vous le Département de Seine et Marne à communiquer ces informations ?

 OUI NON

Je certifie sur l’honneur que toutes les informations comprises dans le présent dossier sont conformes.

Fait à Le

**Le Président, le maire, le Directeur (choisir le titre)** **Le Trésorier**

(Signatures et cachet obligatoires)

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