**Appel à candidatures 2024**

**Déploiement d’ICAPS en Pays de la Loire**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Sommaire**

[1. Coordonnées des structures partenaires du projet 2](#_Toc161318016)

[2. Fiche d’identité du projet 3](#_Toc161318017)

[3. Projet – Objet de la demande 3](#_Toc161318018)

[4. Déclinaisons opérationnelles du projet 5](#_Toc161318019)

[5. Mesures d’évaluation des moyens mis en œuvre pour la réalisation des actions 6](#_Toc161318020)

[6. Mesures d’évaluation de l’atteinte de l’objectif général de l’action 6](#_Toc161318021)

[7. Budget prévisionnel du projet 7](#_Toc161318022)

[8. Nom, prénom et signature des représentants légaux des structures partenaires du projet 8](#_Toc161318023)

[9. Attestations 9](#_Toc161318024)

**Ce dossier est à renseigner dans son intégralité
et à adresser par messagerie à :** **ars-pdl-dspe-pads-subv@ars.sante.fr** **au plus tard le lundi 20 mai 2024 à minuit**

# Coordonnées des structures partenaires du projet

* **1ère Structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Représentant légal** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  | **Ville** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne en charge****du projet** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne susceptible de se former à ICAPS** |  |
| **Profil professionnel** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

* **2ème Structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Représentant légal** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  | **Ville** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne en charge****du projet** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne susceptible de se former à ICAPS** |  |
| **Profil professionnel** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

* **3ème Structure**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de la structure** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Représentant légal** |  |
| **Adresse** |  |
| **Code postal** |  | **Ville** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne en charge****du projet** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne susceptible de se former à ICAPS** |  |
| **Profil professionnel** |  |
| **Téléphone** |  | **Mail** |  |

# Fiche d’identité du projet

|  |
| --- |
| **Intitulé du projet** |
|  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Subvention demandée** |  | **Coût total du projet** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durée du projet** |  |

# Projet – Objet de la demande

|  |
| --- |
| **Objectif général du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs opérationnels** |
|  |

|  |
| --- |
| **Contexte du projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Moyens matériels** |
|  |

|  |
| --- |
| **Moyens humains** |
| **Fonction et qualification** (diplôme) | **ETP dans la structure** | **Masse salariale annuelle charges comprises** | **ETP affecté(s) au projet** | **Masse salariale annuelle affectée au projet** | **Statut**(salarié, bénévole, mise à disposition) | **Coût imputable à l’ARS** |
|  | 0,00 | € | 0,00 | € |  | € |
|  | 0,00 | € | 0,00 | € |  | € |
| **Total** | **0,00** | **€** | **0,00** | **€** |  | **€** |

|  |
| --- |
| **Territoires d’intervention**Zone géographique ou territoire de réalisation du projet |
| [ ]  Commune(s), précisez : |  |
| [ ]  Département(s) | [ ]  Loire-Atlantique [ ]  Maine et Loire [ ]  Mayenne[ ]  Sarthe [ ]  Vendée |
| [ ]  Autres zones géographiques |  |

|  |
| --- |
| **Partenaires du projet** |
|  |

# Déclinaisons opérationnelles du projet

|  |
| --- |
| **Intitulé de l’action** |
|  |

|  |
| --- |
| **Description de l’action** |
|  |

|  |
| --- |
| **Moyens matériels et humains** |
|  |

|  |
| --- |
| **Typologie de l’action** |
| [ ]  Accueil, écoute, orientation[ ]  Acquisition de matériel[ ]  Action de santé communautaire[ ]  Communication, information, sensibilisation[ ]  Consultation de dépistage[ ]  Coordination locale[ ]  Documentation[ ]  Education pour la santé | [ ]  Education thérapeutique[ ]  E-santé[ ]  Etudes, diagnostic[ ]  Formation[ ]  Prise en charge médicale[ ]  Prise en charge sociale[ ]  Production, analyse ou valorisation d’outil[ ]  Soutien aux équipes, échanges de pratiques |
| [ ]  Autre, préciser :  |

|  |
| --- |
| **Population(s) de l’action**  |
|[ ]  Ados 13-18 ans |[ ]  Parents |
|[ ]  Enfants 0-6 ans |[ ]  Personnes en difficultés socio-économiques |
|[ ]  Enfants 7-12 ans |[ ]  Personnes en situation de handicap |
|  |  |[ ]  Personnes en souffrance psychique |
|[ ]  Autre, préciser :  |

|  |
| --- |
| **La formation des professionnels est prise en charge par l’Agence Régionale de Santé des Pays de le Loire.****S’agissant des actions qui seraient mises en place par ces professionnels en 2024, un co-financement pourrait être accordé par l’ARS pendant un temps donné.****La demande de financement devra être déposée en 2024 sur la base du projet qui aura été travaillé par les porteurs.** |

# Mesures d’évaluation des moyens mis en œuvre pour la réalisation des actions

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de moyens**(Nb de réunions, nb de participants, etc.) | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** (Fiches d’émargement, analyse des documents de communication, etc.) | **Personne en charge de l’évaluation** (Fonction et coordonnées) | **Date à laquelle sera effectuée l’évaluation** |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |

# Mesures d’évaluation de l’atteinte de l’objectif général de l’action

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats**(Nb de personnesayant acquis des connaissances, nb de personnes déclarant avoir changé leur comportement…) | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** (Questionnaire, focus groupe, etc.) | **Personne en charge de l’évaluation** (Fonction et coordonnées) | **Date à laquelle sera effectuée l’évaluation** |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |
|  |  |  |  | …/…/… |

# Budget prévisionnel du projet

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année :** |  |  | **ou exercice du** |  | **au** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **CHARGES DIRECTES** | **RESSOURCES DIRECTES** |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Achats matières et fournitures |  | **73 - Concours publics** |  |
| Autres fournitures |  | **74 - Subventions d'exploitation** |  |
|  |  | Etat : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités  |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | **ARS PAYS DE LA LOIRE** |  |
| Locations |  |  |  |
| Entretien et réparation |  |  |  |
| Assurance |  | Conseil-s Régional(aux) : |  |
| Documentation |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | Conseil-s Départemental (aux) : |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, publication |  |  |  |
| Déplacements, missions |  | Communes, communautés de communes ou d'agglomérations: |  |
| Services bancaires, autres |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  |  |  |
| Autres impôts et taxes |  | Organismes sociaux (CAF, etc. détailler) : |  |
| **64 - Charges de personnel** |  | Fonds européens (FSE, FEDER, etc.) |  |
| Rémunération des personnels |  | L'agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |
| Charges sociales |  | Autres établissements publics |  |
| Autres charges de personnel |  | Aides privées (fondation) |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
|  |  | 756. Cotisations |  |
|  |  | 758. Dons manuels - Mécénat |  |
| **66 - Charges financières** |  | **76 - Produits financiers** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68 - Dotations aux amortissements, provisions et engagements** |  | **78 - Reprises sur amortissements, dépréciations et provisions** |  |
| **69 - Impôt sur les bénéfices (IS); Participation des salariés** |  | **79 - Transfert de charges** |  |
| **TOTAL DES CHARGES HORS CVN** |  | **TOTAL DES PRODUITS HORS CVN** |  |
| **Excédent prévisionnel (bénéfice)** |  | **Insuffisance prévisionnelle (déficit)** |  |

|  |
| --- |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES EN NATURE (CVN)** |
| **86 - Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 - Secours en nature |  | 870 - Dons en nature |  |
| 861 - Mise à disposition gratuite de biens et services |  | 871 - Prestations en nature |  |
| 862 - Prestations |  |  |  |
| 864 - Personnel bénévole |  | 875 - Bénévolat |  |
| TOTAL DONT CVN | 0 | TOTAL DONT CVN | 0 |

|  |
| --- |
| La subvention sollicitée de … €, objet de la présente demande représente …% du total des produits du projet dont CVN (montant sollicité/total du budget) x 100 |

# Nom, prénom et signature des représentants légaux des structures partenaires du projet

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom, prénom | Structure | Signature |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

# Attestations

|  |  |
| --- | --- |
| **Je soussigné·e** (nom et prénom) |  |
| **Représentant·e légal·e de** |  |

*Si le signataire n’est pas le représentant statutaire ou légal de la structure, joindre le pouvoir ou mandat (portant les 2 signatures – celle du représentant légal et celle de la personne qui va le représenter–) lui permettant d’engager celle-ci[[1]](#footnote-1).*

**Déclare**

* Que l'association est à jour de ses obligations administratives[[2]](#footnote-2), comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;
* Que l’association souscrit au contrat d’engagement républicain annexé au décret pris pour l’application de l’article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
* Exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment relatives aux demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ;
* Que l'association respecte les principes et valeurs de la Charte des engagements réciproques conclue le 14 février 2014 entre l'État, les associations d'élus territoriaux et le Mouvement associatif, ainsi que les déclinaisons de cette charte ;
* Que l’association a perçu un montant total et cumulé d’aides publiques (subventions financières -ou en numéraire- et en nature) sur les trois derniers exercices (dont l’exercice en cours)[[3]](#footnote-3) :

[ ]  Inférieur ou égal à 500 000 €

[ ]  Supérieur à 500 000 €

* Demander une subvention de :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | € au titre de l’année ou exercice |  |
|  | € au titre de l’année ou exercice |  |
|  | € au titre de l’année ou exercice |  |

* Que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l’association.
🡪 joindre un RIB

Fait le Cliquez ou appuyez ici pour entrer une date., à Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte.

|  |
| --- |
| **Signature** |
|  |

1. "Le mandat ou procuration est un acte par lequel une personne donne à une autre le pouvoir de faire quelque chose pour le mandant et en son nom. Le contrat ne se forme que par l'acceptation du mandataire. Art. 1984 du code civil." [↑](#footnote-ref-1)
2. Déclaration des changements de dirigeants, modifications de statuts, etc. auprès du greffe des associations - Préfecture ou Sous-préfecture [↑](#footnote-ref-2)
3. Conformément à la circulaire du Premier ministre du 29 septembre 2015, à la Décision 2012/21/UE de la Commission européenne du 20 décembre 2011 et au Règlement (UE) No 360/2012 de la Commission du 25 avril 2012 relatif à l’application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis accordées à des entreprises fournissant des services d’intérêt économique général et au Règlement (UE) n° 1407/2013 de la Commission du 18 décembre 2013 relatif à l'application des articles 107 et 108 du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne aux aides de minimis [↑](#footnote-ref-3)