 

**FORMULAIRE DE CANDIDATURE 2020**

 **L’opérateur souhaite candidater pour le(s) atelier(s) suivant(s) :** *au choix*

**Atelier « Bien Vieillir »**

**Atelier « Bien dans son assiette »**

**Atelier « L’équilibre en Mouvement »**

**Atelier « Bien chez soi »**

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

**Coordonnées**

Nom de la structure

Adresse

N° de téléphone

Adresse mail

Adresse site Internet

Numéro SIRET de la structure

**Responsable de l’organisme**

Nom

Fonction

Adresse mail (si différente de la structure)

**Chargé(e) de projet/Référent opérationnel**

Nom

Fonction

Adresse mail (si différente de la structure)

**Nature de la structure**

Statut public privé non lucratif privé lucratif

Domaine d’activité ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Description des activités principales de la structure** (10 lignes maximum)

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Dispose-t-elle d’une autorisation ou d’un agrément administratif** ? oui non

Si oui, lequel *(joindre une copie)*: ..............................................................................................

**PROJET D’ACTIVITE**

**Quels sont les points forts de la structure pour animer des ateliers du Parcours prévention ?**

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

**Quelles connaissances du public ciblé par ces actions de prévention dispose la structure ?**

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

**Quelle est la capacité d’intervention géographique de la structure en Guadeloupe ?**

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

**La structure est-elle en capacité de répondre aux exigences des cahiers des charges des ateliers du parcours de prévention, et notamment à la départementalisation de la programmation ?** *(Cf. mission de l’opérateur)*

*…………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… …………………………………………………………………………………………………………… ……………………………………………………………………………………………………………*

***La structure participe t’elle régulièrement à des forums ? Si oui, préciser lesquels et l’implication de la structure.***

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**Quels sont la nature et le nombre des actions menées l’année passée par la structure ? Sous quel format ? Et avec le concours de quel type de partenaire financier ?**

*Ex : Atelier sommeil, 5 séances, en partenariat avec le CLIC ou l’ARS*

*…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**EVALUATION, FORMATION**

**La structure évalue t’elle son activité ? Si oui, de quelle manière ?** *(si la structure dispose d’un rapport d’évaluation, merci de le joindre au dossier)*

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

**Comment sont recrutés les intervenants au sein de la structure ? Quels diplômes ou formations ont-ils ?**

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................

**PLAN D’ACTION 2021**

**Combien et quels types d’ateliers la structure peut-elle mettre en place, animer et évaluer en Guadeloupe au cours de l’exercice 2021 (janvier à décembre) en répondant au(x) cahier(s) des charges de la CGSS ?**

→ Ateliers Bien Vieillir : …......

→ Atelier Bien dans son assiette : …………..

→ Ateliers L’Equilibre en mouvement : ……….

→ Ateliers de Bien chez soi : ……….

**Partenaires associés à la mise en place des ateliers** (Acteurs locaux et acteurs institutionnels, partenaires techniques)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom / Prénom Contact (mail) | Apport du partenaire (rôle / fonction) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

Commentaires éventuels sur la démarche partenariale

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………..

Les moyens humains et matériels affectés à la mission

Ressources humaines internes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Diplôme | Equivalent Temps Plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Ressources humaines externes

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom Prénom | Diplôme | Equivalent Temps Plein |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Moyens matériels

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Budget global prévisionnel de la structure**

Le modèle présenté est donné à titre indicatif et est non exhaustif. Le budget doit tenir compte des financeurs autres que la CGSS.

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des DEPENSES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Frais de personnel

Dont charges sociales | 0,00 € |
| 0,00 € |
| 2. Fonctionnement des activités (location de salle, petit matériel, etc) | 0,00 € |
| 3. Impôts et taxes | 0,00 € |
| Impôts et taxes sur rémunérations | 0,00 € |
| Autres impôts et taxes | 0,00 € |
| 4. Partenariats/intervenants (rémunérations d'intervenants, frais de transport et d'hébergement, etc.) | 0,00 € |
| 5. Immobilisations incorporelles (frais de recherches et développement, logiciels, etc.) | 0,00 € |
| 6. Immobilisations corporelles | 0,00 € |
| Matériel de transport | 0,00 € |
| Bâtiment | 0,00 € |
| Mobilier de bureau | 0,00 € |
| Matériel informatique | 0,00 € |
| 7. Autres charges | 0,00 € |
| **TOTAL DEPENSES** | **0,00 €** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des RECETTES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Ressources propres | 0,00 € |
| 2. Financement(s) privé(s) - entreprises et fondations Préciser :…………….…………….……………. | 0,00 € |
| 3. Autres financement (vente de produits, etc. à préciser)Préciser :…………….……………. | 0,00 € |
| 4. Subvention CGSS | 0,00 € |
| 5. Subvention Etat - collectivités Préciser :…………….……………. | 0,00 € |
| 6. Autres subventions publiques Préciser :…………….……………. | 0,00 € |
| **TOTAL DES RESSOURCES** | **0,00 €** |

Précision demandée sur les recettes

Quels sont les cofinancements demandés (raisons sociales des organismes co-financeurs) ?

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom du cofinanceur | Raison sociale | Nature de la demande de financement |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Quels sont les cofinancements attribués au moment de la rédaction du présent dossier ?

................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................

Merci d’indiquer les postes de dépenses qui seront concernés par la subvention attribuée par la CGSS (exemple : salaire de ressources humaines internes, honoraires d’intervenants externes, achat de matériel, etc.).

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................

La structure fait-elle le lien avec les dispositifs d’action sociale d’autres organismes (Conférence des financeurs, contrat de ville etc..) dans son activité courante ? Si oui, comment ? Si non pourquoi ?

................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

........................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

................................................................................................................................................................................................................................................................................

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ma qualité de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifie l'exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de ma demande de subvention.

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le :

Signature et cachet de la structure

**LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER**

Documents Obligatoire Fourni (cocher) Non concerné (cocher)

Le formulaire de candidature signé, daté et complété 

Le budget de la structure 

Une attestation Urssaf, datant de moins d’un an, précisant que votre structure est à jour du versement de ses cotisations sociales (si la structure est composée de bénévoles, faire une attestation sur l’honneur le précisant). Pour information, l’Urssaf délivre ce type d’attestation sur son site internet 

Une copie de l’arrêté d’agrément ou d’autorisation, si la structure en dispose. 

Un relevé d’identité bancaire original 

Les statuts signés et datés 

Une copie de la déclaration au Journal Officiel ou les documents officiels de la déclaration de la société 

Une liste reprenant les noms, fonction et profession des dirigeants 

Le rapport d'activité de l'année N-1 ou N-2 à défaut 

Le compte de résultat de l'année N-1 ou N-2 à défaut 

**DEPOT DU DOSSIER**

Le dossier devra impérativement comporter :

• Le présent formulaire de demande dûment complété,

• copie des demandes d’aides et/ou notifications des subventions obtenues auprès d’autres financeurs.

La transmission du dossier complet s’effectuera obligatoirement sous deux formes :

• envoi postal d’un exemplaire sous pli simple :

Service Action Sociale Retraite

à l’attention de Mme MATHURINE

Espace Amédé FENGAROL

Zac de providence

97139 LES ABYMES

• et sous forme dématérialisée aux adresses e-mail suivantes :

* appelaprojetretraite@cgss-guadeloupe.fr