**DEMANDE DE SUBVENTION D’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

**FICHE DE SYNTHESE - ACTION COLLECTIVE**

**EXERCICE N (N+1, N+2 si projet pluriannuel)**

**Structure :**

**Nom projet :**

**Résumé du projet**

*Points importants du projet / actions qui le composent, au regard des critères définis dans la note de cadrage – 5 lignes maximum*

|  |
| --- |
|  |

**Informations administratives**

* **Objet de la structure** :
* **Représentant légal, président ou autre personne désignée par les statuts :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Nom :
* Prénom :
* Fonction :
 | * Téléphone :
* Adresse courriel :
 |

* **Personne en charge du projet :**

|  |  |
| --- | --- |
| * Nom :
* Prénom :
* Fonction :
 | * Téléphone :
* Adresse courriel :
 |

* **Montant du projet au titre de l’année N :**
* Montant de la subvention demandée à la Commission d’ASS de la CPAM des Flandres : €
* Montant des co-financements demandés : €
* Montant total du projet : €
* **Le projet a-t-il une visée pluriannuelle ?** [ ]  Oui [ ]  Non
* **Le projet est-il :** [ ]  Nouveau [ ]  Extension\* [ ]  Reconduction

*\*Dans le cas d’une extension ou d’une reconduction, l’évaluation du projet doit avoir été transmise et, le cas échéant, les observations formulées par l’assurance maladie en N-1 prises en compte.*

**Présentation du projet**

* **Etat des lieux**

*Contexte, diagnostic, dynamiques ou travaux permettant de justifier le projet. Identification des ruptures et des besoins, des partenaires… Motivation du partenaire à porter le projet.*

|  |
| --- |
|  |

* **Public(s) cible(s) de/des action(s)** *(plusieurs réponses possibles)*

[ ]  Séniors

[ ]  Aidants familiaux

[ ]  Personnes de retour à domicile

[ ] Enfants, étudiants et jeunes adultes précarisés

[ ]  Porteurs de pathologies lourdes ou chroniques

[ ]  Familles monoparentales

[ ]  Personnes en situation de vulnérabilité socio-économique

[ ]  Personnes en situation de handicap

[ ]  Populations étrangères et migrantes

[ ]  Personnes en fin de vie

[ ]  Détenus

[ ]  Demandeurs d’emploi

[ ]  Tout public

[ ]  Autres, précisez :

|  |
| --- |
| *Caractéristiques sociales, nombre, etc., modalités de recrutement* |

* **Territoire**

|  |
| --- |
|  |

* **Objectif général**

|  |
| --- |
|  |

* **Objectifs stratégiques et objectifs opérationnels des actions**

 *(Objectifs, contenu et déroulement détaillé des actions, méthodologie, outils, intervenants, partenariats, calendrier, …)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **actions** | **OBJECTIFS stratégiques**  | **objectifs operationnels** |
| **Action 1 :***Titre de l’action à compléter* | **Objectif stratégique:**  | **Objectifs opérationels des actions*** **Obj Op 1.1:**
* **Obj Op 1.2:**
* **…**
 |
| **Action 2 :***Titre de l’action à compléter* | **Objectif stratégique:**  | **Objectifs opérationels des actions*** **Obj Op 2.1:**
* **Obj Op 2.2:**
* **….**
 |
| **ACTION 3***Titre de l’action à compléter* | **Objectif stratégique:**  | **Objectifs opérationels des actions*** **Obj Op 3.1:**
* **Obj Op 3.2:**
* **…**
 |
|  |  |  |

* **Description des actions**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **actions** | **DETAILS DES ACTIONS** | **DEROULEMENT DES ACTIONS ET PREREQUIS EVENTUELS** | **calendrier prévisionnel**(évaluation du projet comprise) |
| **Action 1 :***Titre de l’action à compléter* |  |  |  |
| **Action 2 :***Titre de l’action à compléter* |  |  |  |
| **ACTION 3***Titre de l’action à compléter* |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Date de mise en œuvre prévisionnelle du projet :** du ..… / ..… /……. au …../..…/…..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget prévisionnel et financement du projet****Nature et objet des postes de dépenses pour la mise en œuvre du projet** | **Budget demandé au titre de l’ASS****(1)** | Budget demandé au titre de co-financements(2) | Budget total des postes de dépenses(1+2) |
| ***Moyens humains*** *(à détailler par action)**Nombre d’interventions avec la qualification de l’intervenant (préciser vacation/salarié et institution d’origine)* *Ex : Action 1 : 6 ateliers collectifs d’une heure chacun par un médecin (vacation / salarié) =6X75€=450€**Ex : Action 2 : …* |  |  |  |
| **Action n°…. :**  |  |  |  |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| ***Moyens matériels*** *(à détailler par action)**Ex : (détailler type et quantité)* |  |  |  |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| ***Communication*** *(à détailler par action)**Ex : action événementielle, ateliers, affiches, brochures… : différencier les couts de conception, impression, diffusion etc. en renseignant le prix unitaire, le prix TTC* |  |  |  |
| **Action n°…. :** |  **€** |  € |  € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| ***Formation*** *(à détailler par action)* |  |  |  |
| **Action n°…. :**  | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| ***Autres postes*** *(à détailler par action)* |  |  |  |
| **Action n°…. :**  | **€** | € | € |
| **Action n°…. :** | **€** | € | € |
| **Total du budget demandé**Montants égaux aux montants indiqués en première page de la demande de subvention | **Au titre de l’ASS****(1)** | Au titre des co-financements(2) | Au titre du projet (1 + 2) |
|  |  |  |

* **Co-financement(s) du projet (insérer autant de lignes que nécessaire)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du cofinanceur sollicité | Postes de dépense concernés  | Montantsollicité (en €) |  Montant obtenu en (€) |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Suivi / Evaluation prévisionnelle du projet**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Volets** | **Objectifs à évaluer** | **Cible à atteindre** | **Indicateurs****Quantitatifs/qualitatifs** | **Sources / mode de recueil** |
| **Action 1** | **Obj Op 1-1** |  |  |  |
| **Obj Op 1-2** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |
| **Action 2** | **Obj Op 2-1** |  |  |  |
| **Obj Op 2-2** |  |  |  |
| **…** |  |  |  |