

DEMANDE DE SUBVENTION D'ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

FICHE DE SYNTHÈSE - 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 : | • Téléphone : |
| • Prénom : | • Adresse courriel : |
| • Fonction : | |

■ Personne en charge du projet :

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

■ Montant du projet au titre de l'année N :

- Montant total du projet : €
- Montant de la subvention demandée à la Commission d'ASS de la CPAM des Flandres : €
- Montant des co-financements demandés : €

■ 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)*

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Séniors | <input type="checkbox"/> Personnes en situation de handicap |
| <input type="checkbox"/> Aidants familiaux | <input type="checkbox"/> Populations étrangères et migrantes |
| <input type="checkbox"/> Personnes de retour à domicile | <input type="checkbox"/> Personnes en fin de vie |
| <input type="checkbox"/> Enfants, étudiants et jeunes adultes précarisés | <input type="checkbox"/> Détenus |
| <input type="checkbox"/> Porteurs de pathologies lourdes ou chroniques | <input type="checkbox"/> Demandeurs d'emploi |
| <input type="checkbox"/> Familles monoparentales | <input type="checkbox"/> Tout public |
| <input type="checkbox"/> Personnes en situation de vulnérabilité socio-économique | <input type="checkbox"/> 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 STRATEGIQUES	OBJECTIFS OPERATIONNELS
<p>ACTION 1 :</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>	<p>Objectif stratégique:</p> <p>-</p>	<p>Objectifs opérationnels des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obj Op 1.1: - Obj Op 1.2: - ...
<p>ACTION 2 :</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>	<p>Objectif stratégique:</p> <p>-</p>	<p>Objectifs opérationnels des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obj Op 2.1: - Obj Op 2.2: -
<p>ACTION 3</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>	<p>Objectif stratégique:</p>	<p>Objectifs opérationnels des actions</p> <ul style="list-style-type: none"> - Obj Op 3.1: - Obj Op 3.2: - ...

■ Description des actions

ACTIONS	DETAILS DES ACTIONS	DEROULEMENT DES ACTIONS ET PREREQUIS EVENTUELS	CALENDRIER PREVISIONNEL (évaluation du projet comprise)
<p>ACTION 1 :</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>			
<p>ACTION 2 :</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>			
<p>ACTION 3</p> <p><i>Titre de l'action à compléter</i></p>			

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) Nombre d'interventions avec la qualification de l'intervenant (préciser vacation/salarié et institution d'origine) Ex : Obj op 1 : 6 ateliers collectifs d'une heure chacun par un médecin (vacation / salarié) =6X75€=450€ Ex : Action 2 : ...						
Fonction	Statut S : salarié V : Vacation	Si vacation : Nbre de forfaits	Tâches attribuées			
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€
Moyens matériels (à détailler) Ex : (détailler type et quantité)						
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€
Communication (à détailler) Ex : action événementielle, ateliers, affiches, brochures... : différencier les coûts de conception, impression, diffusion etc. en renseignant le prix unitaire, le prix TTC						
				€	€	€
				€	€	€
				€	€	€
Formation (à détailler)						
				€	€	€
				€	€	€
Autres postes (à détailler)						
				€	€	€
				€	€	€
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 cofinancier sollicité	Postes de dépense concernés	Montant sollicité (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			
	...			