

**Annexe 2 :**

**Dossier de candidature**

**Mise en œuvre d’actions en faveur des proches aidants de personnes atteintes de maladies neurodégénératives**

**2019**



Votre candidature porte sur (plusieurs choix possible):

 [ ]  Actions de formation

 [ ]  Actions d’information / sensibilisation

 [ ]  Actions de soutien et d’accompagnement

**Dépôt de votre dossier au plus tard le 15/09/2019**

**SOMMAIRE :**

1. Présentation du demandeur
2. Présentation du projet
3. Demande de financement
4. Pièces à joindre
5. Attestation sur l’honneur

**Ce dossier est à envoyer à la Di**

1. **Présentation du demandeur**

**1.1. Identification**

Nom de la structure ou du porteur:

Commune d’implantation:

N° FINESS géographique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique: I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Adresse : .................................................................................................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ................................................................

Téléphone : ......................................................... Télécopie : ................................................................

Courriel : ................................................................................................................................................

Adresse de correspondance, si différente : ..............................................................................................

Code postal : ...................................................... Commune : ..................................................................

**1.2 Identification du représentant légal (Président du Conseil de surveillance ou d’Administration)**

Nom : .................................................................. Prénom : ...................................................................

Fonction : ...............................................................................................................................................

Téléphone : ......................................................... Courriel : ...................................................................

**1.3 Identification de la personne chargée du présent dossier** (si différente du Représentant légal)

Nom : .................................................................. Prénom : ....................................................................

Fonction : ................................................................................................................................................

Téléphone : ………………………………… Courriel :…………………………………………….…………

**2 Présentation du projet**

* 1. **Intitulé**

**Type d’action proposée**(cf. Cahier des Charges « Périmètre des actions éligibles »)

[ ]  Actions de formation

[ ]  Action d’information/sensibilisation

[ ]  Action de soutien et d’accompagnement

* 1. **Résumé**

Décrire succinctement le projet, son objet et ses principaux objectifs en 10 lignes maximum

* 1. **Motivations**

Décrire quelles sont vos motivations à réaliser ce projet en 10 lignes maximum

* 1. **Organisation et déroulement de l’action :**

Lieu de/des action(s) :

Salle(s) et équipement prévus :

Rythme (fréquence, intersessions) :

Horaires :

Supports pédagogique, références et ressources utilisés pour mettre en œuvre les actions :

* 1. **Formateurs et intervenants :**

Mode de recrutement et profils des formateurs et intervenants :

Modalités concrètes d’intervention pédagogiques (10 lignes maximum) :

* 1. **Zone géographique couverte par le(s) action(s) :**

* 1. **Expériences du porteur de projet dans la formation ou la conduite d’action envers des personnes atteintes de maladies neurodégénératives et le soutien aux aidants :**

* 1. **Intégration du porteur de projet dans un réseau et partenariats développés :**

* 1. **Modalités de repérage des aidants familiaux :**

*(Préciser les types de partenariats avec toutes personnes ou organismes intervenant auprès d’une personne touchée par une maladie neurodégénérative ; repérage des aidants isolés)*

* 1. **Actions mises en œuvre pour faciliter l’accès aux actions :**

Actions de communication :

Mode de contact :

Mobilité :

**2.11 Plan de communication en direction des professionnels au contact des personnes atteintes de maladie neurodégénérative et de leurs aidants :**

**2.12 Modalités de prise en charge des personnes atteintes de maladie neurodégénérative pendant la formation de l’aidant :**

**2.13 Modalités d’orientation à l’issue de l’action et partenariats envisagés ou développés (fiches de suivi, contact, information, etc) :**

1. **Demande de financement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **2Objet du financement** | **Coût total de l’action****TTC** | **Montant sollicité à l’ARS** | **Montant des autres financements inclus** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**4 Pièces à joindre**

Le dossier de candidature doit comporter les pièces permettant d’attester les modes de collaboration avec les organismes partenaires, les modalités des partenariats formalisés, de l’ancrage du porteur de projet dans le tissu national et/ou local.

* Budget prévisionnel de la formation (inclus les autres financements)
* Le budget prévisionnel du projet complété
* 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

**5 Attestation sur l’honneur**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou non) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur,joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné (e), (nom et prénom)

représentant(e) légal(e) de la structure :

* S’engage à mettre en œuvre la formation conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges et le dossier de demande d’agrément ;
* S’engage à répondre à l’évaluation, et à des demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l’impact de la formation.
* certifie que les dépenses mentionnées au point 3 du présent document n’ont pas fait l’objet d’une autre demande de financement public
* certifie que la structure est régulièrement déclarée ;
* certifie que la structure est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;
* certifie exactes et sincères les informations du présent dossier,
* demande une subvention de : ……………………€

Fait, le .......................................... à

Signature

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.