**CONFERENCE DES FINANCEURS DE LA PREVENTION**

**DE LA PERTE D’AUTONOMIE ALSACE**

**Appel à projets commun et coordonné financé par :**

**la CNSA, la Collectivité européenne d’Alsace, l’ARS Grand-Est,**

**la CARSAT Alsace-Moselle, la MSA d’Alsace, l’AGIRC-ARCCO**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**AIDE AUX AIDANTS**

**DATE DE RECEPTION DU DOSSIER PAR LA CONFERENCE DES FINANCEURS :**

|  |
| --- |
| 1. **STRUCTURE OU ORGANISME/PORTEUR DU PROJET** |

**Identification administrative**

Nom (sans abréviation) :

Sigle : Date de création de la structure :

Statut juridique :

Adresse :

Code postal : |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville :

Téléphone : |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

Adresse(s) mail :

Adresse(s) site Internet :

Numéro SIRET de la (des) structure(s) :

Code APE :

**Responsable(s) de la structure/de l’organisme**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse(s) mail (si différente) :

N° de téléphone |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**Contact pour le projet**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse(s) mail (si différente) :

N° de téléphone |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

**Présentation succincte du porteur, de ses qualifications et expériences dans le champ de l’aide aux aidants**

Description des actions et de l’expérience de la structure pour la mise en œuvre d’actions d’aide aux aidants

**Dans le cas où votre structure a déjà bénéficié d’un soutien financier de la Conférence des Financeurs, décrivez succinctement le bilan des actions financées soutenues en 2020 et/ou en 2019**

Eléments de bilan de l’action déjà soutenue : titre du projet, année de réalisation, bilan de l’action (nombre de participants, éléments d’impact de l’action sur les personnes)

|  |
| --- |
| 1. **LE PROJET** |

**Titre du projet :**

Les financements de la Conférence des Financeurs sont alloués pour le développement ou l’impulsion d’un projet spécifique poursuivant des objectifs précis **en matière d’aide aux aidants**, bénéficiant directement aux personnes, et ne peuvent servir au fonctionnement d’un dispositif permanent, au financement de l’activité du porteur de projets ou à la réalisation d’un investissement.

**Types d’actions retenus (vous pouvez choisir plusieurs types d’actions pour votre projet) :**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | Information ou sensibilisation collective des aidants  Soutien psychosocial collectif et/ou individuel ponctuel  Mise en place d’une offre de répit ou de relayage à destination des aidants proches |  | Formation des proches aidants  Action collective de prévention  de la santé et du bien-être des aidants | |  |  |

**Analyse des besoins/éléments de contexte** *(besoins identifiés, demandes, plus-value du projet par rapport à l’offre existante…)*

Préciser également s’il y a une implication des bénéficiaires dans la conception du projet

**Présentation globale du projet et objectifs généraux** *(motivations du projet, éléments de contexte et enjeux…)*

**Description de la réalisation du projet *:*** *liste des actions mises en place qui seront détaillées dans les fiches action (****remplir une fiche action par action- partie V du présent dossier de candidature****)*

|  |
| --- |
| Lister les actions qui seront menées et qui feront chacune l’objet d’une fiche action |

**L’action a-t-elle un caractère innovant ? Si oui, préciser ce qui la distingue de l’offre existante**

**Viabilité et pérennité du projet** *(la Conférence des Financeurs n’ayant pas vocation à créer une logique de fonds dédiés, préciser ici les modalités de financement envisagées pour la pérennisation du projet)*

**Budget prévisionnel du projet**

(Dépenses, recettes, co-financement(s) sollicité(s) ou déjà acquis…)

***RAPPEL :***

*- les frais de coordination et de gestion administrative sont plafonnés à maximum 15 % du coût total du projet,*

*- les frais généraux sont plafonnés à maximum 5 % du coût total du projet.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPENSES** | | **RECETTES** | |
| **Postes** | **Montants en € (TTC)** | **Postes** | **Montants en € (TTC)** |
| **Salaires et charges de personnel affecté à l’action** |  | **Ressources propres** |  |
| **Achat de prestations extérieures (détailler)** | | **Subvention acquises (préciser nom des organismes et montants)** | |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  | **Subventions en cours de demande (préciser nom des organismes et montants)** | |
|  |  | * Conférence des Financeurs Alsace |  |
|  |  |  |  |
| **Frais de communication** |  |  |  |
| **Frais de mission, déplacements** |  |  |  |
| **Matériel dédié au projet** |  |  |  |
| **Frais généraux (max. 5% du coût total)** |  |  |  |
| **Forfait de gestion administrative (max. 15 % du coût total)** |  |  |  |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |
| **Autres dépenses liées au projet, préciser (détailler)** |  | **Autres recettes (préciser)** |  |
| Emplois des contributions volontaires en nature |  | Contributions volontaires en nature *(mise à disposition du personnel)* |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature *(locaux, matériel, …)* |  |
| Personnel bénévole |  | Bénévolat |  |
| **TOTAL DES DEPENSES** |  | **TOTAL DES RECETTES** |  |

|  |
| --- |
| **III- RECAPITULATIF** |

**Coût total du projet :**  €

**Coût du projet par participant :**  €/participant (=coût du projet/nombre prévisionnel de participants)

**Montant total de subvention demandée à la Conférence des Financeurs :**  €

|  |
| --- |
| **IV- ATTESTATION SUR L’HONNEUR** |

Je soussigné(e),

Représentant(e) légal(e) de l’organisme,

1. Déclare que l’organisme est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant,
2. Certifie exactes les informations de la présente demande et notamment la mention de l’ensemble des demandes de subvention introduites auprès d’autres financeurs publics,
3. Demande une subvention d’un montant de
4. En cas de délégation ou procuration de signature (suivant l’entité juridique de l’organisme), j’atteste que la personne dont les qualités, nom et signature suivent, a procuration pour signer en mes lieu et place les documents demandés par les institutions concernées et je m’engage à faire connaître toute limitation apportée à cette délégation de signature.

Personne recevant la délégation ou la procuration suivant l’entité juridique de l’organisme

Nom :

Prénom :

Qualité :

Fait le à

Signature de la personne recevant délégation :

Signature du représentant légal de l’organisme :

|  |
| --- |
| **V- FICHE ACTION** |

**IL CONVIENT DE DUPLIQUER LES FICHES ACTION AUTANT QUE DE BESOIN EN FONCTION DU NOMBRE TOTAL D’ACTIONS DIFFERENTES PROPOSEES**

Qu’est-ce qu’une action d’aide aux aidants ?

Une action correspond à un type d’action (Information/sensibilisation, formation, soutien psychosocial, activité collective de prévention, offre de répit/relayage

**TITRE DE L’ACTION  : ……………………………………………………………………………..**

**DEROULEMENT ET MODALITES DE REALISATION DE L’ACTION**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Types d’actions retenus (vous pouvez cocher un seul type d’action par fiche action) :**     |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | |  |  |  | | --- | --- | --- | | Information ou sensibilisation collective des aidants  Soutien psychosocial collectif et/ou individuel ponctuel  Mise en place d’une offre de répit ou de relayage à destination des aidants proches |  | Formation des proches aidants  Action collective de prévention  de la santé et du bien-être des  aidants | |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | |  |  |  | |  |  |

**Objectifs opérationnels de l’action**

Objectifs clairement définis : spécifiques, mesurables, atteignables, réalistes, avec la bonne temporalité

**Liste des partenaires directement engagés dans l’action et précisions quant à leur implication et leurs apports***– préciser si le partenariat est acquis ou en cours de construction*

Identité des partenaires directement engagés, rôle dans la conception ou le déroulement de l’action, etc.

**Description précise et concrète du déroulement de l’action***(en termes de méthodologie)*

Descriptif détaillé des modalités de mise en œuvre de l’action

**Le public visé concerne (plusieurs cases possibles) :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| les proches aidants de personnes âgées  les proches aidants de personnes en situation de handicap  les couples aidant/aidé |  | les aidants de 60 ans et plus  les aidants de tous âges confondus |

**Nombre de personnes concernées par l’action :**

**Caractéristiques du public visé :** fragilité particulière du public, préciser également les modalités de repérage du public

**Territoire concerné par l’action**

|  |
| --- |
| l’action se déroule uniquement dans le Bas-Rhin  l’action se déroule uniquement dans le Haut-Rhin  l’action se déroule à la fois dans le Bas-Rhin et dans le Haut-Rhin |

**Nom de la (ou des) commune (s) où se déroule l’action*–*** *préciser si la localisation est définie ou prévisionnelle*

**Pour les actions autres que le relayage et le répit, quelles sont les modalités de prise en charge des aidés pendant la participation de l’aidant à l’action ?**

Décrire les modalités envisagées

**Calendrier de réalisation des actions et fréquence** *(l’action doit être réalisée entre le 1er juin 2021 et le 31 août 2022)*

Période de réalisation

Fréquence des séances/sessions (1 fois par semaine, par mois…)

**Moyens mobilisés pour l’action :** *moyens humains (temps, qualification, expérience…), moyens matériels*

**Moyens humains :**

**Moyens matériels :**

**Stratégie et outils de communication pour faire connaître l’action**

**Solutions de mobilité proposées pour permettre l’accès des personnes à l’action**

**Avez-vous envisagé des modalités d’orientation des aidants repérés comme fragiles à l’issue de l’action ?**

Votre projet inclut-il une orientation des aidants vers d’autres structures ou dispositifs en cas de repérage de fragilités ? Par exemple orientation vers les plateformes de répit, les services médico-sociaux de la Collectivité européenne d’Alsace, d’autres associations…

**Suivi des participants et impacts attendus**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Public | **Objectif** | **Lister les indicateurs de suivi des participants** | **Moment des mesures (par exemple en 3 temps : début de projet, fin de projet, 3-6 mois après la fin du projet)** |
| **Sur les aidants** | A compléter | A compléter | A compléter |
| **Sur leurs aidés (à préciser)** |  |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |  |

**Description détaillée de la méthode d’évaluation du projet, notamment évaluation en termes d’impact sur la prévention de l’isolement, de l’épuisement ou de la santé des aidants**

Décrire et annexer les formulaires vierges de recueil d’informations auprès des participants

**Coûts spécifiques de l’action**

**Préciser le coût horaire et la qualification de chaque intervenant extérieur**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’intervenant** | **Qualification pour réaliser l’action** | **Coût horaire** | **Nombre d’heures d’intervention** | **Coût total de l’intervenant pour l’action** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Préciser le coût horaire et la qualification du personnel dédié à la réalisation concrète de l’action (hors personnel administratif)**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom** | **Qualification pour réaliser l’action** | **Coût horaire** | **Nombre d’heures d’intervention pour l’action** | **S’agit-il d’un volume horaire supplémentaire au temps de travail habituel du salarié ?(oui/non)** | **Montant des charges de personnel dédiées à la réalisation concrète de l’action** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Coût des équipements spécifiques nécessaires pour la réalisation de l’action**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’équipement** | **Coût unitaire** | **Nombre d’équipements** | **Montant total** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**L’action est-elle gratuite pour les participants ?**  OUI  NON

**Si non, quels sont les montants et modalités de participation financière à l’action (adhésion préalable…) ……………………………………**

**Coût total de l’action :**  €

**Coût de l’action par participant :**  €/participant (=coût de l’action/nombre prévisionnel de participants)

**Montant de la subvention demandée à la Conférence des Financeurs**

**pour l’action :**  €