

APPEL A PROJETS POUR DEVELOPPER LES ACTIONS DE PREVENTION HORS LES MURS PAR LES ETABLISSEMENTS DE SANTE

PRESENTATION DE L'ETABLISSEMENT PORTEUR ET DU PROGRAMME D' ACTIONS

Pour recevoir une subvention, vous devez disposer d'un numéro SIRET.

Votre demande de subvention doit comporter *(cochez la case lorsque le document est prêt) :*

Le présent formulaire comprenant les fiches n°1.1, 1.2 et 2 complétées.

Les fiches 3.1 et 3.2 complétées, relatives à chaque action (un formulaire pdf + excel par action)

La fiche 4 : Attestation sur l'honneur. Cette fiche permet au représentant légal de l'association, ou à son mandataire, de signer la demande de subvention et d'en préciser le montant.
Attention : votre demande ne sera prise en compte que si cette fiche est complétée et signée.

Si le présent dossier n'est pas signé par le représentant légal de la structure, **le pouvoir donné par ce dernier au signataire.**

Les pièces indiquées ci-dessus sont obligatoires. Tout dossier incomplet sera rejeté.

Un compte rendu doit être déposé auprès de l'autorité administrative qui a versé la subvention dans les six mois suivant la fin de l'exercice pour lequel elle a été attribuée.

Le formulaire de compte-rendu qualitatif de l'action est contenu dans le même fichier que les fiches 3.1 et 3.2 (certains champs se complètent automatiquement)

1-2. Présentation de l'organisme

Votre organisme bénéficie-t-il d'un label ?

oui non

Si oui merci de communiquer ici le ou les noms de label(s) et du(es) organisme(s) qui les ont ou l'a délivré :

Votre organisme dispose-t-il d'un commissaire aux comptes¹ ?

oui non

II. Renseignements concernant les ressources humaines

Moyens humains de l'organisme

Nombre total de salariés :	
Nombre de salariés en équivalent temps plein travaillé (ETPT) ² :	

Dont : femmes hommes

¹ Obligation notamment pour toute fondation qui reçoit annuellement plus de 153 000 euros de dons ou de subventions, conformément à l'article L 612-4 du code de commerce ou au décret n°2006-335 du 21 mars 2006

² Les ETPT correspondent aux effectifs physiques pondérés par la quotité de travail. A titre d'exemple, un salarié en CDI dont la quotité de travail est de 80 % sur toute l'année correspond à 0,8 ETPT, un salarié en CDD de 3 mois, travaillant à 80 % correspond à 0,8 x 3/12 soit 0,2 ETPT. Les volontaires ne sont pas pris en compte.

2. Description du programme d'actions

Identification de la (ou des) personne(s) chargée(s) du programme de promotion de la santé et de prévention

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

Contexte local

Nombre de personnes vivant dans le bassin de population concerné :

Zones d'origine des patients reçus :

Taux de chômage du bassin de population :

% de personnes bénéficiant de minimas sociaux dans le bassin de population:

% de personnes bénéficiant de la CMU dans le bassin de population:

Nombre de patients accueillis atteints de cancers :

Nombre de patients accueillis atteints de maladies cardio-vasculaires :

Inscription du programme dans la politique de l'établissement

Comment ce programme s'inscrit-il dans le projet de l'établissement ?

Ce programme est-il décliné dans les contrats de pôles/services ?

Oui

Non

Si oui, comment ?

Quelles instances ont validé ce programme ? Quelle a été leur participation à la rédaction du programme ?

Implantation territoriale du programme

Quels sont les territoires de santé concernés par ce programme ?

16	17	19	23	24	33
40	47	64	79	86	87

L'établissement est-il signataire d'un contrat local de santé ? Oui Non

Le programme contribue-t-il à mettre en œuvre un contrat local de santé ? Oui Non

Si oui :- Lequel ?

- Comment ?

**Veillez nous indiquer toute information complémentaire qui vous semblerait pertinente
(vous pouvez également joindre tout document utile)**

Objectif(s) du programme d'actions :

Composition du programme d'actions

N°	Intitulé de l'action	Service/pôle responsable de l'action	Services/pôles contributeurs	Année 1		Année 2		Année 3	
				Nbre de pers. touchées	Budget	Nbre de pers. touchées	Budget	Nbre de pers. touchées	Budget
1					Total : Demandé :		Total : Demandé		Total : Demandé
2					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé
3					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé
4					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé
5					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé
6					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé
TOTAL					Total : Demandé		Total : Demandé		Total : Demandé

4. Déclaration sur l'honneur³

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 déposez ce dossier.

Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'organisme, **joindre le pouvoir lui permettant d'engager celui-ci.**

Je soussigné(e), (nom et prénom) :

représentant(e) légal(e) de l'organisme :

- certifie que l'organisme est régulièrement déclaré
- certifie que l'organisme 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, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances réglementaires ;
- demande une subvention globale (somme des subventions demandées à l'ARS) de :
- précise que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l'organisme :

Nom du **titulaire du compte** :

Banque :

Domiciliation :

Code Banque / Etablissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB / RIP

Fait, le

à

Signature

³ Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.