**Mai 2025**

Dossier de candidature à l’appel à initiatives de la Commission des financeurs – Gironde

Ce dossier est à renseigner pour candidater à l’appel à initiatives de la Commission des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de la Gironde.

Sommaire

1 Dossier de candidature 3

Envoi du dossier 3

2 Identification de la structure 4

3 Présentation de votre structure 5

Brève présentation de votre structure 5

Les missions générales de la structure 5

Les personnes accompagnées 5

Le territoire d’intervention 5

Contact 5

4 Présentation du projet 6

Origine du projet 6

Description du projet 6

Objectifs stratégiques 6

Objectifs quantitatifs 6

Les personnes bénéficiaires du projet 7

Méthodologie et déroulement du projet 7

Facilitation 7

Période prévisionnelle de réalisation des actions 8

Où se déroulent les actions ? 8

Les partenaires du projet 8

Coûts du projet 8

5 Candidature dans le cadre d’un renouvellement de projet 9

Bilan général du projet précédemment réalisé 9

Les évolutions actuelles apportées au projet 9

6 Budget du projet 10

7 Evaluation du projet 11

8 Certificat d’engagement 12

1. Dossier de candidature

Envoi du dossier

* Date limite de réception des dossiers de candidature : **le 19 juin 2025**
* Dossier à envoyer par mail :

Le dossier dûment complété est à envoyer par mail sous la référence « Candidature appel à initiatives Commission des financeurs de la Gironde » à **conferencedesfinanceurs@gironde.fr**

**Attention, vous devez obligatoirement recevoir un accusé réception de dépôt de votre dossier par mail. En cas de non réception, contactez-nous dans les meilleurs délais.**

* Documents à joindre obligatoirement :

Dossier renseigné

Fiche « Certificat d’engagement » signée

Bilan (intermédiaire ou final) des actions précédentes, si l’action a déjà été mise en place

Etat des demandes de cofinancements (justificatifs des demandes de financements et des réponses éventuelles)

Devis

RIB

Comptes de résultats et bilans des 3 dernières années

**Attention, seuls les dossiers complets seront instruits et présentés en réunion de la Commission des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de la Gironde.**

* **Contact :** **conferencedesfinanceurs@gironde.fr**

Département de la Gironde

Pôle Solidarité Autonomie

Service de la coordination, des partenariats et du schéma de l’autonomie

Immeuble Gironde Egalité

1 esplanade Charles de Gaulle

CS 71223 33074 Bordeaux Cedex

1. Identification de la structure
* La structure

Nom de la structure :

Sigle :

Catégorie (association, EHPAD public, EHPAD privé, centre social …) :

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

Adresse de l’antenne, si différente :

Code postal : Commune :

N° SIRET/SIREN :

Code NAF (APE) :

Téléphone :

Courriel :

* Le représentant légal

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

* La personne chargée du dossier (si différente du représentant légal)

*La personne chargée du dossier est la personne identifiée par la structure porteuse du projet pour répondre aux sollicitations de la Commission des financeurs sur le projet.*

NOM :

Prénom :

Fonction :

Téléphone fixe :

Téléphone portable :

Courriel :

1. Présentation de votre structure

Brève présentation de votre structure (avec la date de création)

Les missions générales de la structure

Les personnes accompagnées

Le territoire d’intervention

Contact

* Téléphone :
* Site internet :
* Réseaux sociaux :
1. Présentation du projet
* **Titre du projet :**
* **10 lignes pour convaincre :** présentez brièvement votre projet

Origine du projet

* **Contexte et diagnostic :**
* **À quelles problématiques de santé et à quels besoins du territoire d’intervention répond le projet ?**

Description du projet

Objectifs stratégiques

Objectifs quantitatifs

Les personnes bénéficiaires du projet

**Les actions de ce projet s’adressent aux …**

[ ]  personnes de 60 ans et plus

[ ]  proches aidants de personnes de 60 ans et plus

Précisions complémentaires sur les personnes bénéficiaires :

**Préciser le nombre de personnes de 60 ans et plus concernées par le projet :**

**Les actions de ce projet sont-elles uniquement mises en place pour les personnes que vous accompagnez déjà (vos bénéficiaires) ?**

[ ]  oui [ ]  non

Méthodologie et déroulement du projet

Facilitation

**Solution de mobilité mise en place et/ou proposée pour faciliter la venue des personnes sur les actions :**

**Moyens de communication utilisés pour communiquer auprès des personnes sur votre projet :**

Période prévisionnelle de réalisation des actions

**Début et fin de la période de mise en place des actions :**

**Fréquence des actions :**

**Durée globale du projet :**

Où se déroulent les actions ?

* **Territoire de solidarités concerné :**

☐ Bassin Val de l’Eyre

☐ Bordeaux

☐ Graves

☐ Haute Gironde

☐ Hauts de Garonne

☐ Libournais

☐ Médoc

☐ Porte du Médoc

☐ Sud Gironde

En savoir plus sur les découpage en territoire de solidarités sur [Girondescopie](https://cartostat.gironde.fr/#c=indicator&i=pop.pxx_pop&s=2021&view=map10)

* **Précisions sur les communes ou quartiers concernés :**

Les partenaires du projet

* **Noms et rôles des partenaires opérationnels du projet :**

Coûts du projet

**Coût global du projet :** ………………………€

**Participation des usagers si absence de gratuité :**

**Moyens affectés et coûts horaires :**

**Frais de déplacement des intervenants :**

**Co-financements :**

**Demande de financement à la Commission des financeurs :** ………………………€

1. Candidature dans le cadre d’un renouvellement de projet
* Précisez la ou les années de financement du projet par la Commission des financeurs de la Gironde :

☐ 2017

☐ 2018

☐ 2019

☐ 2020

☐ 2021

☐ 2022

☐ 2023

☐ 2024

Bilan du projet précédemment réalisé

Les évolutions apportées au projet actuel

1. Budget du projet

Les candidats doivent présenter un budget prévisionnel du projet détaillé et équilibré. Renseigner les montants des comptes et sous-comptes. Joindre un budget TTC de la totalité du projet. **Dans le cadre d’un projet pluriannuel, renseigner autant de fiche budget que d’année de financement.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montants en euros** | **PRODUITS** | **Montants en euros** |
| **60 - Achats** | ........€ | **70 - Prestations de service, vente de produits finis de marchandises** | .........€ |
| Achats d’études et de prestations de services  |  | Prestations de services |  |
| Achats non stockés de matières et fournitures |  | Vente de marchandise |  |
| Fournitures non stockables  |  | Produits des activités annexes  |  |
| Fournitures et petits équipements |  |   |  |
| Autres fournitures  |  |  |  |
| **61 - Services extérieurs** | .........€ | **74 - Subventions de fonctionnement** | .........€ |
| Sous-traitance générale  |  | Commission des Financeurs  |  |
| Locations |  | Etat - Préciser le(s) Ministère(s) sollicité(s) : |  |
| Entretiens et réparations |  | CNSA - Autre financement que la **Commission des Financeurs** |  |
| Assurance |  | Fonds européens - Indiquer le programme : |  |
| Documentation |  | ARS |  |
| Divers  |  | Région  |  |
| **62 - Autres services extérieurs** | .........€ | Département(s) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Intercommunalité(s) |  |
| Publicité, publication, communication |  | Commune(s) |  |
| Déplacements, missions |  | AGIRC-ARCCO |  |
| Frais postaux ou de télécommunication |  | CAF |  |
| Services bancaires |  | CARSAT |  |
| **63 - Impôts et taxes** | .........€ | CPAM |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | MSA |  |
| Autres impôts et taxes |  | Fonds privés - Préciser : |  |
| **64 - Charges de personnel** | .........€ |  |  |
| Rémunérations du personnel |  |  |  |
| Charges sociales du personnel |  |  |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** | .........€ | **75 - Autres produits de gestion courante** | .........€ |
| **66 - Charges financières** | .........€ | **dont cotisations, dons manuel ou legs** |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** | .........€ | **76 - Produits financiers** | .........€ |
| **68 - Dotation aux amortissements (provisions pour renouvellement)** | .........€ | **77 - Produits exceptionnels** | .........€ |
| **86 - Emplois des contributions volontaires en nature** | .........€ | **87 - Contributions volontaires en nature** | .........€ |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens, services, prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **.........€** | **TOTAL DES PRODUITS** | **.........€** |

1. Evaluation du projet

**Décrire les effets ou changements de comportement attendus chez les personnes participantes à vos actions**

**Décrire la méthode envisagée pour évaluer votre projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Objectifs** | **Indicateurs** | **Méthode de recueil de données** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. Certificat d’engagement

Je soussigné(e) ...................................................................., en qualité de représentant(e) légal(e) ou délégataire de l’organisme porteur de projet désigné dans le présent dossier, ayant une qualité pour l’engager juridiquement, sollicite un financement du Conseil départemental de la Gironde au titre de la Commission des Financeurs pour un montant de ........................€, sur la base d’un coût total de .......................... € et pour la réalisation du projet ............................................................. décrit dans le présent dossier de demande de financement.

J’atteste sur l’honneur :

* L’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier ;
* La régularité de la situation fiscale et sociale de l’organisme porteur de projet ;
* Ne pas faire l’objet d’une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire.

J’ai pris connaissance des principales obligations liées à un financement du Conseil départemental de la Gironde listées précédemment et m’engage à les respecter en cas d’octroi de la participation financière et ce, à compter de la date de début de l’opération, ainsi que toutes les clauses de la convention attributive de l’aide du Conseil départemental de la Gironde

J’ai pris acte qu’à défaut, le service instructeur peut décider, dans les conditions fixées dans la convention attributive de l’aide du Conseil départemental de la Gironde de mettre fin à la participation financière et exiger le reversement total ou partiel des sommes déjà versées.

Fait à ..................................... Le ........................

Nom(s), prénom(s) et signature du ou de la représentant(e) légal(e) (ou son délégataire)

|  |
| --- |
|  |