**FICHE DE CANDIDATURE**

**PLAN D’ACTION 2021**

**Date limite de dépôt de candidature 08 mars 2021**

1. **Présentation de l’opérateur**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**  |
|  **Nom et sigle**  |       |
|  **Coordonnées du siège social** | Adresse :       |
| Code postal :       | Commune :       |
| Téléphone :       | Fax :       |
| Courriel :       |
| Site Internet :       |
| N° SIRET :       |
|  **Représentant légal** | Nom :       | Prénom :      |
| Fonction :       |
| Courriel (si différent de la structure) :       |
|  **Statut** | [ ]  Public | [ ]  Privé à caractère non lucratif |
| [ ]  Associatif | [ ]  Privé à caractère lucratif |
|  |  |  |
| **Avez-vous bénéficiez d’une subvention de Label Vie en 2020 ?** | [ ]  oui | [ ]  non |
| **Avez-vous transmis l’évaluation finale ?** | [ ]  oui | [ ]  non |
| **Avez-vous transmis l’évaluation intermédiaire ?** | [ ]  oui  | [ ]  non |

|  |
| --- |
| **DOMAINE D'ACTIVITE ET DESCRIPTION** |
|  **Autorisation ou**  **agrément administratif** | [ ]  OUILequel (joindre une copie) :       | [ ]  NON |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU REFERENT DE PROJET** |
|  | Nom :       | Prénom :       |
|  | Fonction :       |
|  | Courriel (si différent de la structure) :       |

1. **PRESENTATION DU PROJET**

 **Intitulé du projet :**

**Thématique principale de prévention** **:**

 [ ]  Atelier participatif [ ]  Accompagnement au changement de vie : bien-être et retraite

 [ ]  Habitat et cadre de vie [ ]  Quand plaisir et désir riment avec vieillir

**Moyen(s) d'intervention** (Plusieurs choix possibles) **:**

[ ]  Informations et sensibilisation

[ ]  Conférence

[ ]  Atelier collectif

[ ]  Autre Actions (à développer) :

**Contexte – constats – diagnostics à l'origine :**

**Les bénéficiaires de ce projet ont-ils fait part de leurs attentes :** [ ]  OUI [ ]  NON

 Si OUI, moyen de recueil des informations :

**Historique :**

Projet nouveau : [ ]  OUI [ ]  NON

 Si NON, date de démarrage du projet :

Adaptation du projet : [ ]  OUI [ ]  NON

 Si OUI, en quoi :

**Objectifs :**

Objectif général :

Objectif(s) opérationnel(s) :

**Public concerné :**

Estimation du nombre de personnes ciblées :       personnes

Personnes retraitées âgées de 55 ans et plus vivant à domicile (GIR 5 et 6) [ ]

Personnes retraitées en situation de fragilité économique et sociale [ ]

Autre. A préciser : [ ]

**Niveau d'intervention géographique du projet :**

 [ ]  Ardennes [ ]  Aube [ ]  Marne [ ]  Haute-Marne [ ]  Meurthe et Moselle [ ]  Meuse

 [ ]  Moselle [ ]  Vosges

Préciser les Communes d’intervention :

**Description du projet :**

Description du projet :

Une participation financière est-elle demandée au public ? [ ]  OUI [ ]  NON

 Si OUI, pour quel montant ?

Date de démarrage du projet (en 2021) :

Durée du projet :

|  |
| --- |
| **Partenariat :** |
| **Nom des partenaires** | **Rôle(s) dans le projet** |
|       |       |

|  |
| --- |
| **Moyens humains :** |
| **Salariés (**nombre, qualification,Temps de travail pour cette action en ETP/mois) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Bénévoles (**nombre, qualification,Temps de travail pour cette action en ETP/mois) |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Moyens matériels :** |
|  |

**Calendrier des différentes phases du projet :**

|  |
| --- |
| **Indicateurs d'évaluation et méthode :**  |
| **Indicateur quantitatif** | **Méthode** *(questionnaires, enquêtes de satisfaction, liste de présence, …)* |
|  |  |
| **Indicateur qualitatif** | **Méthode***(questionnaires, enquêtes de satisfaction, liste de présence, …)* |
|  |  |

**Récapitulatif des ateliers proposés**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **THEME** | **TERRITOIRE****(canton proposé)** | **NB DE CONFERENCES** | **NB SEANCES / ATELIER** | **MOIS DE DEBUT DE L’ATELIER** | **MOIS DE FIN DE L’ATELIER** | **COUT UNITAIRE DE L’ATELIER** |
| 🗖Atelier participatif  | 🗖 ……………..🗖 ………………🗖 ……………..🗖 ……………… | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I  | I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 | I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€ I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€  |
| 🗖Accompagnement au changement de vie :Bien –être et retraite | 🗖 ……………..🗖 ………………🗖 ……………..🗖 ……………… | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I  | I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 | I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€ I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€  |
| 🗖Quand plaisir et désir riment avec vieillir  | 🗖 ……………..🗖 ………………🗖 ……………..🗖 ……………… | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I  | I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 | I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€ I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€  |
| 🗖Habitat et Cadre de vie  | 🗖 ……………..🗖 ………………🗖 ……………..🗖 ……………… | I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I I\_\_I\_\_I  | I\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_II\_\_I\_\_I |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 |  I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021I\_\_I\_\_I 2021 | I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€ I\_\_\_\_\_\_\_I€I\_\_\_\_\_\_\_I€  |

Quelles solutions l’opérateur a-t-il envisagé pour remédier le cas échéant, aux limites de mobilité des personnes ?

Quels moyens l’opérateur met-il en œuvre pour mobiliser les populations vulnérables et les plus éloignées des actions de prévention ?

1. **BUDGET PREVISIONNEL PAR THEMATIQUE**

**Important : Chaque budget doit-être équilibré (total des charges = total des produits)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** | **PRODUITS** | **MONTANT** |
| **Charges spécifiques à l'action** |  | **Autofinancement** |  |
|  Achats |       |  |  |
|  Prestations de services |       | **Participation des usagers** |  |
|  Matières et fournitures |       |  |  |
|  |  | **Subventions demandées** |  |
| **Services Extérieurs** |  | Label Vie |       |
|  Locations |       |        |       |
|  Entretien |       |        |       |
|  Assurances |       |        |       |
|  |  |        |       |
| **Autres services extérieurs** |  |  |  |
|  Honoraires |       | **Co financements (si demandés)** |  |
|  Publicité |       |  |       |
|  Déplacements, missions |       |  |       |
|  |  |  |       |
| **Charges de personnel** |  |  |       |
|  Salaires et charges |       |  |       |
|  |  |  |       |
| **Frais généraux** |  |  |  |
|  |  |   |       |
|  |  |  |  |
| **Autres charges** (A préciser)  |  | Autres recettes attendues |       |
|        |       |  |  |
|        |       |   |       |
|        |       |  |  |
|  |  | **Ressources indirectes affectées** |  |
|  |  |  |  |
| **Coût total du projet** |  | **Total des recettes** |  |
| Emplois des contributions volontaires en nature |       | Contributions volontaires en nature *(mise à disposition du personnel)* |       |
| Secours en nature |       | Dons en nature |       |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |       | Prestations en nature *(locaux, matériel, …)* |       |
| Personnel bénévole |       | Bénévolat |       |
| **TOTAL** |  | **TOTAL** |  |

1. **DEMANDE DE FINANCEMENT**

**Montant de la subvention demandée à Label Vie :**       **euros**

Date (obligatoire) :

Signature (obligatoire) du représentant légal de la structure

DOCUMENTS A FOURNIR :

NB : Tout changement intervenu (Présidence, RIB, statuts…) doit être impérativement signalé

Fiche de candidature complétée, datée et signée,

Statuts signés de la structure qui fait la demande, précisant la composition et les fonctions du bureau ou du conseil d'administration

Récépissé de déclaration au Greffe du Tribunal ou le cas échéant à la Préfecture

Procès-verbal de la dernière Assemblée Générale (rapport moral et financier)

Documents comptables de l’organisme (bilan, compte de résultat et annexes) du dernier exercice clos conforme au plan comptable des associations certifiées conformes par le Président.

Attestation du numéro de SIRET

Attestation originale de l’URSSAF précisant que le demandeur est à jour du versement de ses cotisations sociales (si composé uniquement de bénévoles, le préciser) téléchargeable sur le site de l’URSSAF, ou attestation d’affiliation MSA,

Relevé d’identité bancaire au format IBAN,

Rapport d’activité 2020,

 Si l'organisme est privé à but lucratif :

Photocopie du K-bis,

Derniers comptes annuels approuvés

Copie du rapport du Commissaire aux comptes, datée et signée par le Commissaire aux comptes

Relevé d'identité bancaire ou postal (original).

Si l’organisme est public :

Relevé d'identité bancaire ou postal (original).

Les dossiers de candidatures doivent être envoyés par courriel, au plus tard **le 08 mars 2021** à :

hausser.celine@labelviecal.fr et contact@labelviecal.fr

Ils feront l’objet d’un accusé de réception.