|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **AMI J’OSE MA SANTE 2025****DOSSIER DE CANDIDATURE** |  |

**I IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

**La structure**

Nom de la structure : ...............................................................................................................................

Date de création :…………………………………………………………………………………………………

Activité(s) principales : ………………………………………………………………………………………….

Statut juridique : ........................................................................................................................................

Nom des membres du Conseil d’administration : ……………………………………………………………..

Nombre d’adhérents si association : ……………………………………………………………………………

N° SIRET : ................................................................................................................................................

Adresse du siège social : ...................................................................................................................................................................

Code Postal : ............................................................................................................................................

Ville : .........................................................................................................................................................

Adresse locale (si différente) : ………………………………………………………………………………….

**le représentant légal de la structure**

Civilité (case à cocher) :  Madame  Monsieur

Nom : ........................................................................................................................................................

Prénom : ..................................................................................................................................................

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

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

N° téléphone ............................................................................................................................................

**le responsable du projet**

Civilité (case à cocher) :  Madame  Monsieur

Nom : ........................................................................................................................................................

Prénom : ..................................................................................................................................................

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

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

N° téléphone ............................................................................................................................................

**II INFORMATIONS FINANCIERES**

**Coordonnées bancaires** *(joindre un RIB ou un RIP) :*



**Date et numéro du dernier récépissé délivré par la préfecture *(association)***

 …..

**Votre structure est-elle assujettie aux impôts commerciaux (T.V.A, I.S, T.P) ?**

🞐 oui, en totalité 🞐 oui, pour une partie de ses activités 🞐 non

**Votre association dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ?** ***(association)***

🞐 oui 🞐 non

**Le conseil départemental a-t-il accordé une garantie d’emprunt à votre structure ?**

🞐 oui 🞐 non Année : ……………………..

**Autres partenaires financiers de de votre structure :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Partenaires** | **Montant demandé en** **2025 en €** | **Montant obtenu en** **2024 en €** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Budget de la structure**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **2024** | **2025** | **Produits** | **2024** | **2025** |
| 60 | Achats |  |  | 70 | Ventes de produits finis , prestations de services, marchandises |  |  |
| 601 | Achats de matière première |  |  |  |  |  |  |
| 602 | Achats stockés |  |  |  |  |  |  |
| 604 | Prestations de services |  |  |  |  |  |  |
| 605 | Achat matériel |  |  |  |  |  |  |
| 606 | Achats fournitures non stockées |  |  | 71 | Productions stockées |  |  |
| 607 | Achats de marchandises |  |  | 72 | Productions immobilisées |  |  |
| 61 | Charges externes |  |  | 74 | Subventions |  |  |
| 611 | Sous-traitance générale |  |  | Ville de |  |  |  |
| 612 | Crédit-bail |  |  |  |  |  |
| 613 | Locations immobilières |  |  |  |  |  |
| 613 | Locations mobilières |  |  |  |  |  |
| 614 | Charges locatives |  |  | Communauté de Communes ou Urbaine de |  |  |  |
| 615 | Entretien réparations |  |  |  |  |  |
| 616 | Primes d'assurances |  |  |  |  |  |
| 617 | Etudes et recherches |  |  |  |  |  |
| 618 | Documentation générale et colloques |  |  |  |  |  |
| 62 | Autres charges externes |  |  | Conseil Départemental |  |  |  |
| 621 | Personnel extérieur à l'entreprise |  |  | Conseil Régional |  |  |  |
| 622 | Rémunérations d’intermédiaires et honoraires  |  |  | Etat |  |  |  |
| 623 | Publications |  |  | Autres |  |  |  |
| 624 | Transports et déplacement |  |  |  |  |  |
| 625 | Voyages, missions et réceptions |  |  |  |  |  |
| 626 | Frais de télécom et postaux |  |  |  |  |  |
| 627 | Service bancaire |  |  |  |  |  |
| 628 | Divers |  |  | 75 | Produits de gestion courante |  |  |
| 63 | Impôts et taxes sur salaires |  |  | 76 | Produits financiers |  |  |
| 64 | Salaires et charges |  |  | 77 | Produits exceptionnels |  |  |
| 65 | Charges de gestion courante |  |  | 78 | Reprises sur amortissements. et provisions |  |  |
| 66 | Charges financières |  |  | 79 | Transfert de charges |  |  |
| 67 | Charges exceptionnelles |  |  |  |  |  |  |
| 68 | Dotations aux amortissements et aux provisions |  |  |  |  |  |  |
| 69 | Impôt sur société \* |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL CHARGES |  |  | TOTAL PRODUITS |  |  |
| **Emplois des contributions volontaires**  | **Contributions volontaires en nature** |
| Secours en nature, alimentaire, vestimentaires |  |  |  | Bénévolat |  |  |
| Mise à disposition de biens(locaux, matériels) |  |  |  | Prestations en nature |  |  |
| Prestations |  |  |  | Dons en nature |  |  |
| Personnel bénévole |  |  |  |  |  |  |
| TOTAL |  |  | TOTAL |  |  |

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**III. Vision détaillée du projet**

**Quel projet**

**Sur quel thématique**

 Santé mentale

 Aller-Vers

 Alimentation- Sport-santé (thématique en marge).

**Genèse du projet (contexte, origine(s), problématique(s)…) :** ...................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Présentation détaillée du projet et de ses objectifs :** ...................................................................................................................................................................

......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Quel public ? – Préciser le public bénéficiaire du projet et les modalités de sa mobilisation – Préciser les tranches d’âges des publics.**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Pour les malades – Décrire le parcours-patient ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Territoire(s) concerné(s) par le projet (cases à cocher)**

 Briey

 Longwy

 Lunévillois

 Grand Nancy

 Terres de Lorraine

 Val de Lorraine

**Précisez-le(s) territoire(s) couvert(s) par le projet (départemental- agglomération-communes).** ...................................................................................................................................................................

**Précisez-le(s) structures dans laquelle/lesquelles se déroule l’action ou les actions du projet** (ex : établissements sanitaires, établissement médico-sociaux, établissement d’enseignement, espaces associatifs,) espace public, …)

**Le caractère d’innovation du projet**

**Estimez-vous votre projet est innovant ?**

 oui

 non

**Si oui, qu’est-ce qui caractérise selon vous cette innovation ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**La lutte contre les inégalités sociales et territoriales de santé**

**En quoi votre projet est de nature à réduire les inégalités sociales ou territoriale de santé ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Actions et calendrier prévisionnel des différentes étapes du projet**

**Des partenaires opérationnels locaux sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?**

 oui

 non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Des professionnels de santé sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?**

 oui

 non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Des professionnels du social et du médico-social sont-ils impliqués dans la mise en œuvre du projet ?**

 oui

 non

**Si oui, lesquels ? Quels sont leurs rôles et compétences ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Pour les actions de formation,**

**Pourquoi envisager ce type de formation et dans quel objectif à terme ?**

...................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Calendrier prévisionnel des actions ?** …………………………………………………………………

**Objectifs chiffrés du projet**

**Nombre d’ateliers prévus :** ....................................................................................................................

**Nombre de séances par atelier :** ...........................................................................................................

**Durée d’une séance (en heure) :** ..........................................................................................................

**Autre** : ……………………………………………………………………………………………………………..

**Nombre total de séances sur l’ensemble du projet :** ..........................................................................

**Nombre de bénéficiaires prévisionnels par atelier - par action ou par consultation :** ..................................................................................................................................................................

**Nombre total de bénéficiaires sur l’ensemble du projet :** .................................................................

**Evaluation du projet**

**Méthodologie et moyens retenus pour évaluer le projet :** ...................................................................................................................................................................

**Indicateurs d’évaluation du projet (réalisation, résultats, impacts)** : ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**Résultats attendus** ......................................................................................................................................................................................................................................................................................................................................

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**IV. DEMANDE DE FINANCEMENT**

**Nature du soutien sollicité (cases à cocher)**

 Aide au démarrage/nouveau projet

 Aide au déploiement/projet existant

**Montant de la subvention sollicitée :** ..................................................................................................................................................................

**Coût total du projet :** ..............................................................................................................................

**Plan de financement du projet :**

**Coût éventuel restant à la charge des bénéficiaires :** .........................................................................

**Souhaitez-vous ou avez-vous sollicité le soutien financier d’autres partenaires :**

 oui

 non

**Si oui, lesquels ? Nom des co-financeurs sollicités :**……………………………………… …………

**Pour quels types de dépenses ? :** ........................................................................................................

**Pour quel montant ? :** ............................................................................................................................

**Avez-vous déjà été subventionné par le Conseil départemental 54 ?**

 oui

 non

Si oui, pour quel motif et par quel service ?

***Cf. Pièces complémentaires (autres annexes).***