|  |  |
| --- | --- |
|  | CNAV_logo Quadri-BD |

APPEL A PROJETS 2017-2018

Dialogue de gestion CNAV IDF / Centres sociaux IDF

**Formulaire de candidature**

|  |
| --- |
| **A retourner avant le**  **10/12/2016** |

Pour un appui méthodologique, la Cnav Ile-de-France recommande au porteur de projet de s’appuyer sur l’ouvrage intitulé « Actions collectives Bien-vieillir : repères théoriques, méthodologiques et pratiques » de Barthélémy L., Bodard J. et Feroldi J.

Ouvrage accessible sur internet : <http://www.inpes.sante.fr/CFESBases/catalogue/pdf/1548.pdf>

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

**Coordonnées**

Nom de la structure

Adresse : n°………..rue :

Complément d’adresse

Code Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville :

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

Adresse mail

Adresse site Internet

Numéro SIRET de la structure………………………………….

**Responsable de l’organisme**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail (si différente de la structure)

**Chargé(e) de projet**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail (si différente de la structure) :

**Nature de la structure**

Statut ❒public ❒ privé non lucratif ❒ privé lucratif

Domaine d’activité :

Description des activités principales de la structure (10 lignes maximum) :

…………………………………………………………………………………………………………........…….

Dispose-t-elle d’une autorisation ou d’un agrément administratif ? ❒ oui ❒ non

Si oui, lequel *(joindre une copie)*:

**Nature de la demande**

Avez-vous déjà déposé une ou des demande(s) de subvention à la CNAV dans le cadre d’une procédure d’appel à projets ? Si oui, précisez :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nom du projet | Année de demande | Attribution d’une subvention par la Cnav (oui / non) | Période de mise en œuvre du projet |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**LE PROJET**

1. **Thématique du projet (3 maximum)**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒Accès aux droits  ❒Accompagnement des situations de fragilité  ❒Activités physiques  ❒Aide aux aidants  ❒Bien-être/estime de soi  ❒Culture  ❒Habitat et cadre de vie | ❒Lutte contre l’isolement  ❒Mobilité  ❒Nouvelles technologies  ❒Alimentation  ❒Santé globale / Bien vieillir  ❒Sécurité routière  ❒Transmission de savoir et de mémoire  ❒Vacances |

1. **Titre du projet**
2. **Description succincte du projet** (*en 10 lignes, décrire le projet, son objet ses objectifs principaux*)
3. **Evaluation des besoins et public concerné**

Ce projet s’appuie-t-il sur une démarche de diagnostic territorial partagé ?

❒oui ❒non.

Si oui, quand ce diagnostic a-t-il été réalisé? ……………………………………

Quels éléments de ce diagnosticvous conduisent à développer ce projet aujourd’hui ? (*en 10 lignes, préciser égalementle cas échéant les éléments de méthode d’élaboration du diagnostic qui éclairent votre réponse. Ex : partenaires et habitants associés*)

Votre projet prévoit-il d’approfondir ce travail de diagnostic territorial sur la problématique du vieillissement ? Si oui, de quelle manière ?

Public concerné/ciblé par le projet (*caractéristiques, estimation du nombre sur une année, estimation du nombre de retraités Gir 5, 6 bénéficiaires du projet*)

1. **La mise en œuvre du projet**

Quelle sera la zone géographique couverte par le projet (*quartier(s), commune(s), département(s), etc.*) ?

Quel(s) est (sont) le(s) mode(s) de prise de contact / repérage des personnes bénéficiaires des actions du projet (*courriers, articles de presse, orientations de partenaires, contacts au sein du Centre social, etc*.) ?

**Modalité d’intervention résultant de la mise en œuvre du projet**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom de l’activité** | **Objectifs** | **Catégorie** | **Type d’activité** | **Lieu(x) de réalisation** | **Public concerné** | **Nombre de séances** | **Dates prévisionnelles de début de réalisation** | **Nombre de bénéficiaires prévisionnel** | **Indicateurs de suivi** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Notice :**  *Catégorie :*  Actions collectives du maintien de lien social/Actions collectives de prévention/Actions de formation  *Type d’activité :*  Atelier/Conférence/Formation/Forum/Réunion collective/Séjour vacances/Sortie/Visite à domicile/Autre  *Public concerné :*  Tout public/Public spécifique migrant/Public spécifique veufs-ves/Professionnels de secteur sanitaire ou social/Bénévoles du secteur sanitaire ou social/Nouveaux retraités/Résidents LVC/Aidants/Autres  *Exemples d’indicateurs de suivi :*  Nombre de visites/Nombre de suivi individuel/Nombre de réunions collectives etc. |

**Quelles sont les actions programmées qui relèvent** (*un ou plusieurs choix possibles*) :

❒D’une dynamique collective et participative au sein du centre social et / ou sur le territoire

❒D’une approche individuelle d’accueil et d’orientation s’articulant avec les actions collectives du centre et ou d’autres partenaires

❒D’une dynamique partenariale locale/territoriale

**Partenaires associés au projet** (*décrire qui sont les partenaires de votre projet : acteurs locaux susceptibles de consolider ou compléter les interventions et acteurs institutionnels impliqués, directement ou indirectement, dans le champ d’activité dans lequel le projet s’inscrit*)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nom / Prénom du contact principal | Contact (mail) | Apport du partenaire (rôle / fonction) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Lien avec lesorientations et dispositifs de la CNAV sur la prévention en direction du public senior**

La Caisse Nationale d’Assurance Vieillesse agit pour prévenir la perte d’autonomie des seniors[[1]](#footnote-2). La politique d’action sociale de la Cnav est préventive ; elle s’inscrit dans une approche globale qui prend en compte l’ensemble des éléments favorables au « bien vieillir » afin de lutter contre les risques de fragilisation sociale. La politique d’action sociale de la Cnav s’articule autour de trois niveaux d’intervention :

1. Informer et conseiller l’ensemble des retraités,
2. Développer les actions collectives de prévention,
3. Accompagner les retraités les plus fragiles.

**En quoi votre projet est-il en adéquation avec les objectifs de l’Action Sociale de la Cnav ?**(*10 lignes*)

**Quels sont les liens potentiels à mettre en œuvre entre votre projet et les dispositifs d’action sociale de la Cnav en Ile-de-France (information sur le bien-vieillir, accompagnement des plus fragiles) ?**

*Merci de préciser à quelle phase / étape de votre projet, des liens avec ces dispositifs pourront être mis en place.*

En Île-de-France, l’Assurance retraite, la MSA et les trois caisses RSI se sont associées au sein du groupement « Prévention Retraite Île-de-France » (**PRIF**). Le Prif met en place des actions collectives de prévention en partenariat avec différents acteurs afin de sensibiliser les retraités aux comportements de vie bénéfiques au « bien vieillir ». Le PRIF propose un Parcours de prévention composé de plusieurs ateliers thématiques ainsi qu’un site internet visant à sensibiliser les retraités sur l’aménagement de leur logement (<http://www.jamenagemonlogement.fr/>), dont vous aurez pris connaissance.

**Quels sont les liens potentiels à mettre en œuvre entre votre projet et les dispositifs du PRIF ?**

*Merci de préciser à quelle phase / étape de votre projet, des liens avec ces dispositifs pourront être mis en place. Si vous êtes en lien avec les dispositifs du PRIF, par exemple à travers un partenariat local (le CLIC, le CCAS de votre territoire), merci également de le préciser.*

1. **Calendrier du projet**

Date de début du projet : Date de fin du projet :

Le plan d’action et la dynamique partenariale (*décrire les acteurs mobilisés sur votre projet (Qui), ce qu’ils vont faire (Quoi), dans quel lieu (Où) avec qui et de quelle façon (Comment) et à quel moment (Quand)*)

| **Qui** | **Quoi** | **Où** | **Comment** | **Quand** |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**Commentaires**

1. **Tarifs pratiqués**

**Coût de l’activité par retraité**

**Participation demandée au retraité** (quel est le reste à charge pour le retraité ?)

1. **Moyens affectés au projet**

**Equipe dédiée au projet** (préciser qui intervient dans votre projet (fonction) avec quel statut (bénévole / professionnel) et à quel fréquence (ETP))

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction** | **Bénévole / professionnel** | **ETP** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Moyens matériels envisagés** (local, matériel,…)

**Moyens de communication utilisés pour faire connaître la ou les activité(s) du projet** (site internet, plaquette, film promotionnel,…)

1. **Evaluation du projet**

**Avez-vous prévu d’évaluer votre projet ?**

❒oui ❒ non

**Si oui, comment et par qui sera réalisée l’évaluation ?**

❒en interne :

❒en externe :

**Typologie d’évaluation**

|  |  |
| --- | --- |
| ❒Continue  ❒ Trimestrielle | ❒ Semestrielle  ❒Finale |

*Les indicateurs d’évaluation quantitatifs et qualitatifs prévus ci-dessous seront repris dans la convention avec la CNAV, et pour l’évaluation de votre projet par cette dernière.*

De quelle manière sera évalué votre projet ? Merci de préciser les indicateurs complémentaires.

**INDICATEURS QUANTITATIFS :**

* Nombre de bénéficiaires retraités ;
* Nombre bénévoles retraités ;
* Nombre d’actions de communication relatives au projet ;
* Nombre de dossiers « demande d’aide pour Bien vieillir chez soi » remis aux personnes âgées fragilisées (orientation vers le dispositif d’évaluation globale des besoins) ;
* Nombre d’orientation de personnes âgées fragilisées effectuées auprès du CLIC du territoire (orientation vers le dispositif d’évaluation globale des besoins et/ou vers le dispositif d’Aide au Retour après Hospitalisation) ;
* Si opportun dans le cadre du projet, nombre d’ateliers PRIF organisés
* Nombre d’orientations vers les ateliers du PRIF ;
* Nombre d’orientations de personnes âgées vers tout autre partenaire concourant à l’accompagnement des retraités bénéficiaires de l’action.

**INDICATEURS QUALITATIFS :**

* Lien et relations avec le groupement « Prévention Retraite Ile-de-France » (PRIF)
* Bilan de la satisfaction des bénéficiaires (résultats de questionnaires, d’interviews…) ;
* Profil des bénéficiaires : régime principal de retraite (régime général, régime agricole, régime des indépendants, de la fonction publique, etc.);
* Mode (s) d’entrée en contact avec les bénéficiaires ;
* Bilan des orientations:
* Problématique identifiée donnant lieu à une orientation ou à une action complémentaire ;
  + - Dénomination du partenaire vers lequel la personne a été orientée ;
* Liste et description des partenariats conclus pour la mise en œuvre du projet ;
* Nature des actions de communication relatives au projet.

1. **Budget 2016-2017**

**Budget prévisionnel du projet**

Le budget doit présenter l’intégralité du projet en tenant compte des financeurs autres que la CNAV IDF. Les dépenses d’investissement doivent obligatoirement être justifiées par des devis. Le modèle présenté est donné à titre indicatif et est non exhaustif. En cas d’attribution de subvention, il sera demandé à la structure de présenter ce même budget, réalisé, à la fin du projet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des DEPENSES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Frais de personnel  *dont charges sociales* |  |
|  |
| 2. Fonctionnement des activités (location de salle, petit matériel, etc.) |  |
| 3. Impôts et taxes |  |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  |
| Autres impôts et taxes |  |
| 4. Partenariats/intervenants (rémunérations d'intervenants, frais de transport et d'hébergement, etc.) |  |
| 5. Immobilisations incorporelles (frais de recherches et développement, logiciels, etc.) |  |
| 6. Immobilisations corporelles |  |
| Matériel de transport |  |
| Bâtiment |  |
| Mobilier de bureau |  |
| Matériel informatique |  |
| 7. Autres charges |  |
| **TOTAL DEPENSES** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des RECETTES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Ressources propres |  |
|
| 2. Financement(s) privé(s)  - entreprises et fondations Préciser :  ………….  ……………. |  |
|
| 3. Autres financement  (vente de produits, etc. à préciser)  Préciser :  …………….  ……………. |  |
|
| 4. Subvention CNAV |  |
|
| 5. Subvention Etat - collectivités Préciser :  …………. |  |
|
|
| 6. Autres subventions publiques Préciser :  ……………. |  |
|
|
| **TOTAL DES RESSOURCES** |  |

**Quels sont les cofinancements demandés (raisons sociales des organismes co-financeurs) ?**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom du cofinanceur** | **Raisons sociale** | **Nature de la demande de financement** |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Quels sont les cofinancements attribués au moment de la rédaction du présent dossier ?**

**Synthèse - Budget**

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de coût** | **Montant** |
| **Coût total du Projet** |  |
| Coût du projet en fonctionnement |  |
| Coût du projet en investissement |  |
| **Montant de la subvention sollicitée auprès de la Cnav :** |  |
| Répartition de cette subvention dans le coût de fonctionnement |  |
| Répartition de cette subvention dans le coût d’investissement |  |

Merci d’indiquer les postes de dépenses de fonctionnement et d’investissement qui seraient concernés par la subvention demandée à la Cnav (exemple : salaire de ressources humaines internes, honoraires d’intervenants externes, achat de matériel, etc.).

**LISTE DES PIECES JOINTES AU DOSSIER**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documents** | **Fourni**  **(cocher)** | **Non concerné**  **(cocher)** |
| Le dossier de candidature signé, daté et complété |  |  |
| Le budget prévisionnel 2016-2017 complété |  |  |
| Le tableau de synthèse – ANNEXE 1 |  |  |
| Une attestation Urssaf, datant de moins d’un an, précisant que votre structure est à jour du versement de ses cotisations sociales (si la structure est composée de bénévoles, faire une attestation sur l’honneur le précisant).  *Pour information, l’Urssaf délivre ce type d’attestation sur son site internet* |  |  |
| Une copie de l’arrêté d’agrément ou d’autorisation |  |  |
| Un relevé d’identité bancaire original |  |  |
| Une copie des devis justifiant les dépenses d’investissement indiquées dans le budget |  |  |
| **Si le demandeur est une structure de droit privé** Les statuts signés et datés |  |  |
| **Si le demandeur est une structure de droit privé** Une copie de la déclaration au Journal Officiel ou les documents officiels de la déclaration de la société |  |  |
| **Si le demandeur est une structure de droit privé** Une liste reprenant les noms, fonction et profession des dirigeants |  |  |
| Le rapport d'activité de l'année N-1 ou N-2 à défaut |  |  |
| Le compte de résultat de l'année N-1 ou N-2 à défaut |  |  |
| **Si le demandeur a déjà bénéficié d’une aide de la caisse, le bilan du projet concerné** |  |  |

Je soussigné \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

En ma qualité de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Certifie l'exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de ma demande de subvention.

Fait à : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Signature Cachet de la structure

1. Rapport de l’action sociale 2013 de la Cnav sur <https://www.lassuranceretraite.fr/> - Plus d’informations sur :<https://www.lassuranceretraite-idf.fr/> [↑](#footnote-ref-2)