

FONDS D’ACCOMPAGNEMENT

« publics et territoires » 2024

# **Axe 4 :** Accompagner le maintien et le développement des équipements et services dans des territoires spécifiques

# **VOLET 1 : investissement**

L’axe 4 du Fpt se structure autour de deux volets mobilisés prioritairement sur des territoires marqués par d’importantes difficultés ou transformations, notamment les zones de revitalisation rurales (Zrr) et les quartiers prioritaires au titre de la politique de la ville (Qpv).

* **Volet 1 : Soutenir la rénovation et l'équipement des structures**
* **Volet 2 : Développer les mobilités et favoriser les projets itinérants adaptés à la configuration des territoires.**

FPT AXE 4 **VOLET 1**

Investissement

|  |  |
| --- | --- |
| **CONDITIONS** | * **Travaux de rénovation de locaux et l’équipement :** accueils de loisirs : le lieu doit être dédié à l’activité « accueil de loisirs », ludothèques, structures de l’animation de la vie sociale (centres sociaux et Espaces de Vie Sociale)
* **Informatisation des structures :** équipement en logiciels de gestion, achat de matériel informatique
* **Equipement des structures**
 |
| **NON ELIGIBILITE** | * Dépenses liées à un plan mercredi (d’autres aides sont possibles, veuillez prendre contact avec le chargé de conseil et de développement de votre territoire).
* Travaux finançables par d’autres fonds d’accompagnement.
* Accueils extrascolaires car ils peuvent être bénéficiaires de la charte qualité
 |
| **FINANCEMENT** | * La subvention de la Caf ne pourra être supérieure à 70 % tous financements Caf confondus.
 |
| **MODALITES** | * Les fiches projets sont à envoyer au plus tard

**le 22 février 2024*** Fournir les devis et un plan de financement
 |

|  |
| --- |
| **INVESTISSEMENT 2024 AXE 4 VOLET 1** |
|  **COORDONNEES** |
| Statut juridique  | **Collectivité territoriale :**Commune[ ]  EPCI[ ]  Centre social [ ] **Associatif :**Association indépendante [ ] Association Familles rurales [ ] Association Ligue de l’enseignement [ ] Fédération départementale [ ] Association centre social [ ]  |
| NOM STRUCTURE |  |
| Code postal + villeN° + rue | 0**N°** |
| Adresse courriel |  |
| Numéro de téléphone | **0** |
| Responsable de la structure  |  |
| Encadrant :NomFonctionDiplômetéléphone |  |
| **INTITULE DE L’ACTION** |  |
| **DEPENSES ELIGIBLES** **AXE 1 :***(merci de cocher les cases correspondantes à votre projet)* | [ ]  **Volet 1 : soutenir la rénovation et l’équipement des structures** [ ]  1/ Travaux de rénovation de locaux et d’équipement : [ ]  rénovation d’un ALSH Peut-il entrer dans le champ d’un plan mercredi ? OUI/NON [ ]  D’une ludothèque [ ]  D’une structure de l’animation de la vie sociale  [ ]  2/ Informatisation [ ]  3/ Equipement d’une structure |
| **MONTANT SOLLICITE EN INVESTISSEMENT** | **…, .. €** |
| **CONSTATS JUSTIFIANT L’ACTION :** |  |
| **OBJECTIFS DE L’ACTION :** |  |
| **EXPLIQUER LA DEMARCHE ET LA MISE EN OEUVRE** |  |
| **QUELS SONT LES PUBLICS CIBLES ?** |  |
| **QUELLE PLUS-VALUE POUR LE TERRITOIRE ET LES PUBLICS ?** |  |
|  **QUELLE EST LA DATE DE MISE EN ŒUVRE PREVUE ?** |  |
| **QUELS SONT LES PARTENAIRES IMPLIQUES ?** |

|  |  |
| --- | --- |
| **NOM DU PARTENAIRE** | **NATURE DU PARTENARIAT** |
|  | **Informatif** (unidirectionnel) | **Consultation** (partage d’informations) | **Prise de décisions en collaboration** (projet concerté) | **Acteur dans le projet** (co-porté /co-animé) |
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]
|  |[ ] [ ] [ ] [ ]
| **Pour chaque partenaire, expliquer le choix de la nature du partenariat :** |
|  |

 |
| **QUELS SERONT LES CRITERES D’EVALUATION ?** |  |
| **QUELS SERONT LES INDICATEURS D’EVALUATION ?** |  |
| **TOUTES REMARQUES** **UTILES** |  |

|  |
| --- |
| SYNTHESE |
| GESTIONNAIRE |  |
| INTERLOCUTEUR DU PROJET |  |
| COORDONNEES TELEPHONIQUES |  |
| TITRE DE L’ACTION |  |
| BUDGET GLOBAL DU PROJET | ……………………………..,……….€ |
| MONTANT DEMANDE | INVESTISSEMENT : ……………,….. €pourcentage du projet global : …, …% |
|

|  |  |
| --- | --- |
| 4 décembre 2023 | Envoi de l’appel à projet par mail et mise en ligne sur le Caf.fr |
| décembre 2023, février 2024 | Contact obligatoire avec la Caf pour la constitution du dossier et l’éligibilité du du projet |
| **22 février 2024** | **Retour du dossier de demande complet accompagné du bilan et du compte de résultat 2023 provisoire s’il s’agit d’une action renouvelée** |
| Mars 2024 | Contact éventuel avec la Caf suite à réception du projet |
| Le 15 avril 2024 | Date de passage à la commission d’action sociale |

 |
| Fait le à  Signature (Nom + fonction + cachet) |

**PLAN DE FINANCEMENT D’INVESTISSEMENT**

 **TITRE DE L’ACTION : Exercice 2024 du …… au ……..**

**DOUBLE CLIQUER SUR LE BUDGET POUR LE REMPLIR**



|  |
| --- |
| **Le calcul de la subvention Caf sera fait sur le montant TTC pour les associations et sur le montant HT pour les collectivités** |
| **Merci de joindre à ce plan de financement les DEVIS correspondants** |

Fait le à
 Signature (Nom + fonction + cachet)

**Première convention ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Association** | **Collectivité territoriale** |
| [ ]  Récépissé de déclaration en Préfecture[ ]  Numéro SIREN / SIRET[ ]  Statuts[ ]  Relevé d’identité bancaire[ ]  Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau |  [ ]  Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU/SIVOM/EPCI/ Communauté de communes et détaillant le champ de compétence [ ]  Numéro SIREN / SIRET [ ]  Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les champs de compétence) [ ]  Relevé d’identité bancaire |

**Renouvellement de la convention ?**

|  |  |
| --- | --- |
| **Association** | **Collectivité territoriale** |
| [ ]  Attestation de non-changement de situation[ ]  Liste datée, la plus récente, des membres du conseil d’administration et du bureau |  [ ]  Attestation de non-changement de situation |

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT DE SITUATION D’UNE ASSOCIATION**

Je, soussigné(e) :……………………..……………………………………

En qualité de Président(e)

De l’association………………………………………………………………

Domiciliée à …………………………………………………………………………

Certifie qu’il n’y a pas de changement concernant (cases à cocher) :

 [ ] Récépissé de déclaration en Préfecture

[ ]  Numéro SIREN / SIRET

[ ]  Statuts

[ ]  Relevé d’Identité Bancaire ou Postal

Fait à ……………………………….…………

Le ....……………………………..……………

Signature et cachet :

**Joindre :**

**- La liste datée (date d’envoi du dossier) des membres du bureau (nom et qualité) et du Conseil d’Administration**

**- Les pièces ci-dessus ayant fait l’objet d’une modification.**

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT DE SITUATION D’UNE COLLECTIVITE TERRITORIALE**

Je, soussigné(e) :……………………..……………………………………

En qualité de Maire/Président(e)

De (nom de la collectivité)…………………………………………………

Certifie qu’il n’y a pas de changement concernant (cases à cocher) :

 [ ]  Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU / SIVOM / EPCI

[ ]  Numéro SIREN / SIRET

[ ]  Statuts pour les EPCI (détaillant les champs de compétence)

[ ]  Relevé d’Identité Bancaire

Fait à ……………………………….…………

Le ....……………………………..……………

Signature et cachet :

**Joindre :**

**- Les pièces ci-dessus ayant fait l’objet d’une modification.**