|  |
| --- |
|   |

**Demande d’aide financière**

**Appel à projets**

**Accueil de loisirs sans hébergement (Alsh)**

**Animation de la Vie Sociale (Centres Sociaux et Espaces de Vie Sociale)**

|  |
| --- |
| **-FICHE DE CANDIDATURE DE PROJET-** |

Document à adresser complété à l’adresse mail suivante :

**action-sociale@caf52.caf.fr**

**Les dossiers sont à transmettre au plus tard le 3 mai 2024** pour une étude de votre dossier en juin 2024.

**Identification du porteur de projet**

Nom/Dénomination/Forme juridique :

Adresse :

Numéro de SIRET :

|  |  |
| --- | --- |
| **Représentant légal** | **Personne responsable du dossier** |
| **Nom :****Fonction :****Adresse :****Téléphone :****Mail :** | **Nom :****Fonction :****Adresse :****Téléphone :****Mail :** |

Date de la demande : XX/XX/2024

|  |
| --- |
| **Présentation du projet** |
| **Intitulé du projet**  |  |
| **Problématique identifiée à l’origine du projet (problématique du territoire liée au public accueilli, constats, difficultés…)** |  |
| **Domaines concernés par le projet** |  |
| **Objectifs spécifiques du projet**  |  |
| **Description des actions et moyens mis en œuvre** |  |
| **Public visé par le projet (nature, âge, nombre)** |  |
| **Territoire du projet**  | 🞎 Le département🞎 L’intercommunalité (précisez) :🞎 la(es) communes (précisez) :🞎 Autres (Précisez) : 🞎 Urbain 🞎 Rural 🞎 Zone de revitalisation rurale 🞎 « Politique de la ville » 🞎 Autre, précisez. |
| **Identification des partenaires impliqués dans le projet et nature de leur contribution** |  |
| **Calendrier de réalisation du projet** |  |
| **Implication des familles**  | Oui 🞎 non 🞎Si oui, à quelle phase ?🞎 à la conception du projet🞎 durant la réalisation du projet🞎 à la fin du projet🞎 autre : (précisez)De quelle façon ?🞎 réunion(s)🞎 sortie(s) familiale(s)🞎 moment(s) convivial (aux)🞎 questionnaire d’évaluation et de satisfaction🞎 autre : (précisez) |
| **Quels sont les résultats attendus du projet (quantitatif/ qualitatif) ?** | * Pour les bénéficiaires :
* Pour les familles :
* Pour le territoire :
 |
| **Quels sont les impacts de l’action sur le territoire ?** |  |
| **Quels sont les indicateurs d’évaluation retenus pour mesurer les résultats du projet** |  |
| ***Tout élément complémentaire de présentation du projet peut être joint en annexe de cette fiche.*** |

**Aide financière sollicitée au titre de l’investissement**

|  |
| --- |
| **COUT ET FINANCEMENT****Coût global de l'opération envisagée et le détail des dépenses** **(joindre 3 devis différents en euro) :**(Présenter et indiquer le coût du devis que vous souhaiteriez retenir et en expliquer les raisons)**Coût global de l'opération envisagée** A compléter : ………………………. € HT………………………. € TTC**Détail des dépenses :** |

**Plan de financement prévisionnel** :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Dépenses** | **Recettes** | **Pourcentage** |
|  |  € | Caf  |  € |  % |
|  |  € | Conseil départemental |  € |  % |
|  |  | Etat | € | % |
|  |  | Fonds propres  | € | % |
|  |  €  | Commune et/ou intercommunalité (à préciser) |  € |  % |
|  |  € | Autre (précisez) |  € |  %  |
|  |  € |
| Autre (préciser) |  €  |
| **Total (HT)** |  € |  |  |  |
| **Total (TTC)** |  € | **Total (TTC)** |  € |  % |

\***Préciser les motifs d’absence de co-financements :**

|  |
| --- |
| **Date :****Signature et cachet du demandeur** |

**Information : Il appartient au Conseil d’Administration de la CAF de la Haute-Marne de statuer sur votre demande et de décider du montant de la subvention à allouer en fonction des crédits disponibles, de la nature du projet et du public ciblé.**

**Liste des pièces justificatives obligatoires à l’étude de votre dossier à retourner à la CAF**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs obligatoires à l’étude du dossier et à la signature de la convention** |
| **Pour une première demande** |
| **Existence légale**  | - Récépissé de déclaration en Préfecture pour les associations**ou**- Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU/SIVOM/EPCI/ Communauté de communes et détaillant le champ de compétence- Extrait Siren/Siret |
| **Vocation**  | - Statuts datés et signés  |
| **Capacité du contractant** | - Liste des membres du Conseil d’Administration et du bureau |
| **Destinataire du paiement** | - Relevé d’identité bancaire, postal ou caisse d’épargne du gestionnaire ou du bénéficiaire de la cession de créance (loi Dailly) |
| **Eléments relatifs à la structure financée** | - Le bail, l’acte de propriété ou la convention de mise à disposition du ou des locaux servant à la réalisation des actions- Conditions d’occupation du terrain d’implantation et/ou conditions d’occupation des locaux- Copie de la police d’assurance garantissant le bien faisant l’objet de la demande d’aide financière |
| **Pour toutes demandes de subvention de fonctionnement** |
| **Capacité du contractant** | - Compléter l’attestation ci-jointe – Cf. Annexe 1 |
| **Engagement à réaliser l’opération** | - Compléter l’attestation ci-jointe - Cf. Annexe 2 |
| **Pérennité** | - Compte de résultat et bilan relatifs à l’année précédant la demande - Budget prévisionnel en cours |
| **Activité** | - Rapport ou bilan d’activité |

**ANNEXE 1- ATTESTATION AUTORISANT LE CONTRACTANT Á SIGNER ET DE NON CHANGEMENT DE SITUATION**



DOCUMENT VALABLE POUR L'ENSEMBLE DES DOSSIERS PRÉSENTÉS

**Identification du bénéficiaire et/ou du gestionnaire**

Nom :

Adresse :

***L’instance compétente*** *(CA, Conseil municipal, Conseil communautaire…) :*

 *(à préciser)…………………………... en sa séance du …………………….*

de *l’Association, Commune, Communauté de Communes, SIVOS, SIVU\**

**désigné ci-dessus**

**Autorise :** *Madame, Monsieur : ………………………………………*

**Agissant en qualité de** : *Président(e), Maire, Trésorier(e)…\**

*Madame, Monsieur : ……………………………………….*

**Agissant en qualité de** : *Président(e), Maire, Trésorier(e)…\**

 **à signer tous documents nécessaires à la Caisse d’Allocations Familiales de la Haute-Marne 52**.

**Certifie** qu’aucun changement n’est intervenu (1) au cours de l’année 20... :

* dans le périmètre de compétence,
* les statuts,
* la composition du Conseil d’Administration,

ainsi que dans :

* les autorisations de fonctionnement,
* la gestion,
* les activités développées et prévues,

et que :

* le respect de la vocation sociale initiale est respecté.

Fait à : Cachet, fonction, nom

et signature de la

Le : personne habilitée :

*\* rayer la mention inutile*

**(1)** si des changements sont intervenus, merci de nous adresser les nouveaux documents

**Annexe 2 - DÉLIBÉRATION DE L’INSTANCE COMPÉTENTE SUR L’ENGAGEMENT À RÉALISER L’OPÉRATION**



DOCUMENT À RENSEIGNER POUR CHAQUE DOSSIER PRÉSENTÉ

**Identification du bénéficiaire et/ou du gestionnaire**

Nom : ………………………………………………………………………………..

Adresse : ……………………………………………………………………………

……………………………………………………………………………

***L’instance compétente*** *(CA, Conseil municipal, Conseil communautaire…) :*

 *(à préciser)………………………….......................en sa séance du …………………….*

de *l’Association, Commune, Communauté de Communes, SIVOS, SIVU\**

**désigné ci-dessus**

* **Sollicite la CAF de la Haute-Marne pour l’attribution d’une aide financière pour les acquisitions, aménagements ou les actions envisagés dans le présent dossier.**
* **Certifie que la structure n'a pas déposé de bilan, ne fait pas l’objet d’une mesure de redressement judiciaire ou n’est pas en liquidation judiciaire.**

Fait à : Cachet, fonction, nom

 et signature de la

 personne habilitée :

Le :