****

Appel à projets 2018

**« Culture et Santé »**

**DOCUMENT SUPPORT :**

## Identification des porteurs du projet :

**ETABLISSEMENT(s) :**

**Partenaire(s) Culturel(s):**

***Veuillez cocher la case correspondant à votre situation :***

**1e demande**

**RECONDUCTION :**

**Avez-vous déjà bénéficié d’un financement Culture et Santé :**

**Initié au titre du même partenariat** précisez la ou les années :

**Initié avec d’autres partenaires culturels**, précisez la ou les années :

**En tant que partenaire culturel**, précisez la ou les années et le nom des établissements:

**Intitulé du projet :**

**Présentation des porteurs du projet :**

**Établissement de santé et/ ou établissements et services médico-sociaux et/ou Gestionnaire :**

Établissements de santé  établissements et services médico-sociaux

**Nom:**

* Adresse :

Code Postal :       Commune :

Directeur (/trice) de l'établissement :

N° FINESS :

Courriel :

* **Nom du responsable/réfèrent culture de l'établissement :**

Tel :@ :

**Nom et qualité du référent du projet :**

(Si absence de référent culture)

Tel :       @ :

Merci de préciser si :

⮩ Le projet d'établissement contient un volet culturel:  Oui  Non

* **Service(s) et publics concerné(s) par le projet :**

**LE PARTENAIRE CULTUREL :**

**Structure culturelle et/ou artiste(s) indépendant(s)**

**Nom de la structure** :

Responsable de la structure :

Adresse complète :

Code Postal :       Commune :

Statut juridique :

Courriel :

**Nom et qualité du référent du projet :**

Tel :@ :

**Nom de l’artiste ou professionnel culturel impliqué:** (dupliquer si nécessaire)

Tel :       @ :

**Artiste(s) et/ou professionnels indépendant(s)**

**Nom de l’artiste et/ou professionnel impliqué:** (dupliquer si nécessaire)

Tel :       @ :

Domaine ou discipline :

Statut juridique :

**Descriptif du projet**

*Toutes pièces complémentaires que vous jugerez utiles à l’instruction et à la compréhension de votre projet peuvent être jointes en annexe.*

**Présentation du projet**

* **Domaine(s) culturel(s) ou discipline(s) artistique(s) :**

Théâtre  Musique  Danse  Cirque  Art contemporain

Arts plastiques et graphiques  Arts numériques  Cinéma  Radio, Médias

Livre et lecture  ateliers d'écriture  conte, poésie, art de la parole…

Patrimoine  Architecture, paysage, jardins  Pluridisciplinaire : (précisez)

Autre (préciser)

- **Publics et/ou services bénéficiaires** *(patients, résidents, personnel, familles…) :*

Si vous le pouvez, préciser le nombre approximatif de personnes bénéficiaires. Leurs principales caractéristiques et ce qui motive ce choix.

⮩

* **Objectifs du projet pour l’établissement et/ou service:**

⮩

* **Enjeux du projet pour le partenaire culturel :**

⮩

* **Description et mise en œuvre (***ce champ est à remplir par le partenaire culturel, une note d’intention peut être fournie en annexe***)**

*La participation « active » des patients et/ou des professionnels à la pratique artistique et culturelle, à la rencontre à l’œuvre, ou la découverte d’un domaine doit apparaître nettement, ainsi que l’objet artistique du projet.*

⮩

* **Modalités d’intervention :**
  + **Artiste(s) ou professionnel(s) de la culture intervenant(s)** :

*(Joindre Curriculum-Vitae en annexe)*

⮩

* + **Nombres d’heures, rythme et calendrier prévisionnel**

⮩

* + **Lieu(x), espace(s)de réalisation(s) du projet**

⮩

* + **Concertation, évaluation et comité de suivi**

⮩

* + **Valorisation et restitution envisagée**

⮩

* + **Actions de communication prévues autour du projet :**

⮩

* **Lien avec d’autres partenaires éventuels:** *(établissements de santé et/ou médico-social, collectivités territoriales, équipements et/ou acteurs culturels, établissements scolaires, …) :*

⮩

**FINANCEMENT DU PROJET**

**Coût total du projet :**

- Montant de la subvention demandée dans l’appel à candidature Culture et Santé DRAC / ARS :

⮩

- Montant de la participation financière de la structure hospitalière ou médico-sociale :

*(Le temps soignant ne peut être comptabilisé comme apport financier.)*

- Autres partenaires financiers : (préciser pour chacun si les financements sont acquis ou si les demandes sont en cours)

⮩

Le budget prévisionnel du projet équilibré et détaillé doit faire apparaître :

***Le modèle de budget prévisionnel du projet est disponible en annexe (ce modèle de budget est extrait du formulaire Cerfa N°12156\*03).***

* *le tarif horaire TTC des intervenants ;*
* *les apports financiers de la structure hospitalière ou médico-sociale ;*
* *les contributions des autres partenaires financiers ;*
* *les subventions demandées à la DRAC et à l'ARS. (tous services confondus)*

La participation financière de la DRAC est versée directement aux porteurs de projets et celle de l'ARS aux établissements de santé et aux établissements et services médico-sociaux.

**ANNEXE – BUDGET PREVISIONNEL DU PROJET**

Les montants sont à indiquer TTC, sans les centimes d’euros.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant** | **PRODUITS** | **Montant** |
| **I. Charges directes affectées à** l**’action** | | **I. Ressources directes affectées à l’action** | |
| **60 - Achats** |  | **70 - Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  |  |
| Achats matières et fournitures |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Autres fournitures |  | Etat : (précisez) |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | **DRAC** |  |
| Locations |  |  |  |
| Entretien et réparation |  | Région(s) : |  |
| Assurance |  | Département(s) : |  |
| Documentation |  | Commune(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Organismes sociaux (à détailler) : |  |
| Publicité, publication |  |  |  |
| Déplacements, missions |  | Fonds européens |  |
| **64- Charges de personnel** |  | **Apport financier de la structure hospitalière** |  |
| Rémunération des personnels (détaillé) |  |
| Charges sociales |  | Autres aides, dons ou subventions |  |
| Autres charges de personnel |  | **ARS** |  |
| **65- Autres charges** |  | **75 - Autres produits** |  |
| **TOTAL charges directes** |  | **TOTAL ressources directes** |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **II. Charges indirectes affectées à l’action** | | **II. Ressources indirectes affectées à l’action** | |
| Charges fixes de fonctionnement imputables |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| Total des charges |  | Total des produits |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL charges indirectes** |  | **TOTAL ressources indirectes** |  |

**Co Signatures :**

**Établissement de santé et ou établissements et services médico-sociaux :**

Je soussigné(e), (nom et prénom) ...........................................................…………………...........

représentant(e) légal(e)

**Fait à** ...........................................................………… **Le** .....................................

**Signature :**

**Partenaire(s) Culturel(s):**

Je soussigné(e), (nom et prénom) ...........................................................…………………...........

représentant(e) légal(e)

**Fait à** ...........................................................………… **Le** .....................................

**Signature :**