****

 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 :**