**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**ACTIONS DE SOUTIEN PSYCHOSOCIAL**

**EN FAVEUR DES AIDANTS**

**1 DOSSIER A DEPOSER PAR ACTION ET**

**PAR TYPE DE PUBLIC CONCERNE**

**1 – PORTEUR DE LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° SIRET : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal  (Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**2 – PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

**3 - PRESENTATION DU PORTEUR**

**4 - ANALYSE DE BESOIN - DIAGNOSTIC DE L’OFFRE EXISTANTE**

Décrire l’analyse de besoin, le diagnostic de l’offre existante sur le territoire

**5 - PRESENTATION DU PROJET**

**Les choix réalisés par le porteur de projet doivent être argumentés**

**Préciser :**

Action de soutien psychosocial collectif

Action de soutien psychosocial individuel ponctuel

|  |  |
| --- | --- |
| **Le public concerné par l’action** | **Le nombre d’action(s) à financer** |
| Aidants (maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées)  ou  Aidants (maladie de Parkinson)  ou  Aidants (maladie Sclérose en plaques)  ou  Transverse (préciser en clair les publics) : | |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_|  |\_\_\_\_\_\_| |

Décrire les objectifs, le contenu de l’action ainsi que le résultat attendu par la mise en œuvre de l’action

**5.1 Zone géographique couverte**

**5.3 Organisation et déroulement**

Préciser le calendrier prévisionnel, la durée, les horaires, le rythme, le lieu, les équipements, les supports pédagogiques…

**5.4 Profils des intervenants**

**5.5 Modalités concrètes d’intervention pédagogique des différents intervenants**

**5.6 Expériences du porteur de projet et notamment dans le soutien aux aidants (selon le public concerné par l’action)**

**5.7 Intégration du porteur de projet dans un réseau et partenariats**

Indiquer notamment les partenariats existants, ceux identifiés et à développer et les modalités de coopérations envisagées

**LE DOSSIER DE CANDIDATURE DOIT COMPORTER LES PIECES PERMETTANT D’ATTESTER LES MODES DE COLLABORATION AVEC LES ORGANISMES PARTENAIRES, LES MODALITES DES PARTENARIATS FORMALISES, DE L’ANCRAGE DU PORTEUR DE PROJET DANS LE TISSU NATIONAL ET/OU REGIOGNAL ET/OU LOCAL**

**5.8 Modalités de repérage des proches aidants**

**5.9 Actions mises en œuvre pour faciliter l’accès aux actions proposées (ex : transports des aidants)**

**5.10 Modalités de prise en charge des aidés pendant le déroulement de l’action**

**5.11 Plan de communication en direction des proches aidants et des professionnels**

**5.12 Modalités d’évaluation**

**6 – BUDGET PREVISIONNEL**

Le budget présenté doit être à l’équilibre (total des charges = total des produits)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en Euros (1)** | **Produits** | **Montant en Euros (1)** |
| **60 Achats** | 0 | **70 Rémunération des services** | 0 |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |
| Achats matières et fournitures |  | Participation des usagers |  |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |
| **61 Services externes** | 0 | **74 Subventions** | 0 |
| Locations immobilières et mobilières |  | Etat (à détailler) |  |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |  |
| Assurance |  | Région(s) : |  |
| Documentation |  | ARS |  |
| Autres |  | Département(s) : |  |
|  |  | Commune(s) : |  |
| **62 Autres services externes** | 0 | Organismes sociaux : (à détailler) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |  |
| Publicités et publications |  | ASP (emplois aidés) |  |
| Déplacements et missions |  | Autres établissements publics : |  |
| Services bancaires, autres |  | Aides privées : |  |
|  |  | Autres (à préciser) |  |
| **63 Impôts et taxes** | 0 | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |
| Impôts et taxes sur rémunérations |  | Cotisations des adhérents |  |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |  |
| **64 Frais du personnel** | 0 |  |  |
| Rémunération des personnels |  | **76 Produits financiers** | 0 |
| Charges sociales |  | (Préciser) |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65 Autres charges de gestion** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
| (Préciser) |  | (Préciser) |  |
| **66 Charges financières** | 0 |  |  |
| (Préciser) |  |  |  |
| **67 Charges exceptionnelles** | 0 | **78 Reprises** | 0 |
| (Préciser) |  | Reprise sur amortissement |  |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** | 0 | Reprise sur provision |  |
| (Préciser) |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES | |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (2)** | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

*(1) Ne pas indiquer les centimes d'euros, appliquez la règle de l'arrondi*

*(2) Le plan comptable des associations, issu du règlement CRC n°99-01, prévoit a minima une information (quantitative ou, à défaut, qualitative) dans l'annexe et une possibilité d'inscription en comptabilité mais en engagements "hors bilan" et "au pied" du compte de résultat*

**7 – MODALITES D’EVALUATION**

Pour les actions de soutien psychosocial, le porteur devra remonter à l’ARS un bilan financier et a minima les indicateurs suivants :

*Indicateurs quantitatifs et qualitatifs*

* Nombre et types d’actions menées
* Nombre de participants à ces actions
* Taux de satisfaction des participants (enquête de satisfaction relative à une évaluation qualitative des effets de ces actions sur l’aidant et sur la relation aidant-aidé)
* Connaissance des actions par les partenaires, nombre de partenaires locaux impliqués dans la mise en œuvre de l’action

*Indicateurs d’impacts*

* Une meilleure connaissance de l’offre existante par les aidants (repérages des « dispositifs » existants localement par les aidants)
* Une réduction de l’isolement des proches aidants (participation des aidants à d’autres actions proposées)

**8 – ATTESTATION**

Je soussigné (nom, prénom) ……………………………………………………………………………………………

Représentant légal de (nom association, structure…) ……………………………………………………………….

M’engage à :

* mettre en œuvre les actions conformément aux informations contenues dans le cahier des charges et le dossier de candidature ;
* transmettre la date des actions de soutien psychosocial collectif à l’ARS Centre-Val de Loire 1 mois avant le début de l’action ;
* répondre à l’évaluation, et à des demandes ultérieures de participation à des enquêtes.

Fait à ………………………………………, le ………………………………………

Signature

*Indiquer les nom, prénom, fonction du signataire*

*Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal, joindre le pouvoir donné par ce dernier au signataire*