****

Direction générale des Services

**DEMANDE DE SUBVENTION**

**Cadre réservé à l’administration**

Dossier complet

[ ]  Oui [ ]  Non

N° de tiers :

Direction générale des Services

Direction Culture, Tourisme et Sport

Service culture

developpementculturel@yvelines.fr

**APPEL À PROJETS**

**« SANTE EN CULTURES »**

**Attention ! Cette demande de subvention ne peut se faire que par téléprocédure via le Portail des subventions. Les formulaires manuscrits sont à proscrire et les dossiers incomplets ne seront pas instruits.**

**VOLET ADMINISTRATIF**

**OPÉRATEUR CULTUREL**

 NOM :

 ADRESSE :

 TÉLEPHONE :

 SITE WEB :

 STATUT :

 NOM ET PRÉNOM DU PRÉSIDENT/MAIRE *(rayer la mention inutile)* :

**RESPONSABLE ADMINISTRATIF DU DOSSIER**

 NOM :

 FONCTION :

 TÉLEPHONE :

 COURRIEL :

**PRÉSENTATION DE L’OPÉRATEUR CULTUREL**

**Présentez en quelques mots votre structure :** Qui êtes-vous ?

(100 mots maximum)

**Un référent en charge de ce projet est-il identifié ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

→ Si oui, indiquez son nom et son prénom :

→ Si cette personne est différente du responsable administratif du dossier, indiquer sa/son :

FONCTION :

COURRIEL :

TÉLÉPHONE :

**Votre structure est-elle affiliée au dispositif départemental Pass+ ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, explicitez les raisons :

**Votre structure est-elle conventionnée dans le cadre du dispositif départemental Pass Destination ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si non, explicitez les raisons :

**Votre structure a-t-elle échangé préalablement au dépôt du dossier avec le Service culturel ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez la date de l’échange et le nom de votre interlocuteur :

**Si votre structure a un statut de droit privé, un représentant du Conseil départemental est-il membre de la commission décisionnaire** (conseil d’administration, comité de suivi, etc.)**?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez le nom et le prénom du représentant :

**DÉMARCHE D’ACCESSIBILITÉ**

**Votre structure était-elle engagée préalablement à ce projet dans une démarche d’accessibilité ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, explicitez : accessibilité physique des locaux et des services, label lié au handicap, action/projet existant, etc.

**Le référent désigné pour ce projet a-t-il suivi des formations en matière d’accessibilité ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, explicitez : combien ? quels types de formation ?

**Le référent désigné pour ce projet a-t-il mené préalablement à ce projet des actions autour de la thématique « Culture-Santé » ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, explicitez : combien ? lesquelles ?

**PRÉSENTATION DE L’ÉTABLISSEMENT PARTENAIRE**

**Présentez en quelques mots l’établissement, le service sanitaire ou médico-social (ESSM) partenaire de ce jumelage :** Qui est-il ? Quel(s) est/sont le(s) service(s) avec lequel/lesquels vous allez collaborer ? (150 mots maximum)

**L’ESSMS était-il déjà engagé préalablement à ce projet dans une dynamique culturelle ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, explicitez : propositions artistiques, programme d’actions culturelles, espace aménagé, label « *Culture et santé en Ile-de-France* », partenariat régulier avec un acteur culturel du territoire, etc.

**Un référent culture au sein de l’ESSMS est-il identifié ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez ses coordonnées :

 NOM - Prénom :

 FONCTION :

 COURRIEL :

 TÉLÉPHONE :

**Le référent désigné a-t-il mené préalablement à ce projet des actions culturelles au sein de l’ESSMS ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, explicitez : combien ? lesquelles ?

**VOLET EXPERTISE**

**DESCRIPTION DU PROJET**

1. **TITRE DU PROJET** (10 mots maximum)

1. **PRÉSENTATION DU PROJET**

**Présenter le projet de manière synthétique : problématique, enjeux, plan d’action(s), etc.**

(200 mots maximum)

**OBJECTIFS DU PROJET**(10 lignes maximum)

1. **PUBLICS CIBLÉS**

**Présentez-le(s) type(s) de public(s) ciblé(s) par ce projet ?**(séniors, personnes en situation de handicap, jeunes suivis par le dispositif ASE, résidents, soignants, personnel de l’ESSMS, aidants, familles, etc.)

**Le ou les publics sont-ils acteurs du projet ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui, indiquez :

→ à quel moment sont-ils activement impliqués ? : Étape de réflexion et de construction du projet (brainstorming, plan d’action, etc.) ? Étape de mise en œuvre (participation aux actions, à la logistique, etc.) ?

→ comment sont-ils impliqués ? : atelier participatif, groupe de travail, groupe de réflexion, comité, etc.

1. **TERRITOIRE IMPACTÉ**

**Indiquer la/les commune(s) impactée(s) par ce projet : lieu(x) où se déroule(nt) les actions** liées au projet

1. **MOYENS HUMAINS ENGAGÉS POUR LE PROJET**

(Rajouter des lignes si nécessaire)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’emploi** (métiers) | **Nombre****d’ETP** | **Part de l’emploi dans le projet (%)** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **BUDGET DU PROJET**

En sus du budget prévisionnel complété (pièces à joindre au dossier) :

**Indiquer :**

* Coût total du projet (TTC) :
* Part d’autofinancement en % :

**Précisez la nature des postes de dépenses :**

*(*Rajouter des lignes si nécessaire)

|  |  |
| --- | --- |
|  **Nature de la dépense**(taux horaire des intervenants ou professionnels, production d’outils de formation, frais restitutions, etc.) | **Montant de la dépense**(TTC) |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**CONDITIONS DE MISE EN ŒUVRE ET ÉVALUATION**

1. **ACTIONS DÉPLOYÉES**

*(*Rajouter des lignes si nécessaire)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Type d’action**(atelier, formation, etc.) | **Durée de l’action**(nombre d’heures, de jours d’intervention) | **Nombre (envisagé) de personnes concernées** | **Coût estimatif de l’action** |
| **Action 1** |  |  |  |  |
| **Action 2** |  |  |  |  |
| **Action 3** |  |  |  |  |

**Les actions ont-elles été étudiées pour répondre aux besoins du/des public(s) ciblé(s) par le projet ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui :

→ Précisez les besoins de ce(s) public(s) (lien social, autonomie, travail sur la mémoire, confiance en soi, etc.) ?

→ Indiquez comment les actions mises en œuvre répondent-elles à ces besoins (atelier d’élocution, activités sensorielles, valorisation de l’implication auprès du grand public, etc.) ?

**Les actions mises en œuvre aboutissent-elles à une/plusieurs production(s) ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui :

→ Laquelle/lesquelles (podcast, exposition, pièce de théâtre, etc.) ?

→ Indiquez le degré de diffusion de cette/ces production(s) : interne à l’ESSMS, auprès du grand public, sur les RS, etc. ?

**Les actions mises en œuvre ont-elles déjà été déployées préalablement au projet ?**

[ ]  Oui [ ]  Non

Si oui :

→ Quand (1 mois, 1 an, etc.) ?

→ Sur quelle fréquence (mensuelle, hebdomadaire, etc.) ?

1. **PARTENARIATS DE RÉALISATION**

**NOMBRE TOTAL DE PARTENAIRES** (hors Département des Yvelines et hors ESSMS impliqué dans le projet) :

**NOMBRE DE PARTENAIRES FINANCIERS** (hors Département des Yvelines et hors ESSMS impliqué dans le projet) :

**NOM DES PARTENAIRES ET DEGRE D’IMPLICATION DANS LE PROJET :**

(Rajouter des lignes si nécessaire)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nom du partenaire** | **Type de partenaire**(collectivité, association, entreprise, etc.) | **Secteur d’activité du partenaire** (éducatif, culturel, médico-social, etc.) | **Nature du partenariat** (expertise, publics, financier, ressources - matériels / locaux /personnels) | **Degré d’avancement du partenariat**(lettre d’intention, =confirmé, convention signée=validé) |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **CALENDRIER DU PROJET**

*Attention : le projet ne doit pas avoir démarré avant le vote de l’aide départementale.*

* Date du début du projet :
* Date de fin du projet :
* Durée du projet :
* Date de la 1ère action (atelier, formation, etc.) :
* Phasage du projet (dates clefs du projet : atelier, restitution, etc.) :
1. **ÉVALUATION DU PROJET**

(Énumérer 3 indicateurs de réussite et préciser pour chacun la base d’évaluation : comment le mesurer)

**INDICATEUR #1** :

→ BASE D’ÉVALUATION :

**INDICATEUR #2** :

→ BASE D’ÉVALUATION :

**INDICATEUR #3**:

→ BASE D’ÉVALUATION :

1. **GESTION DES RISQUES**

**Quels sont les risques d’échec qui pourraient peser sur la mise en œuvre du projet ? Quelles sont les solutions envisagées ?**

*(*Rajouter des lignes si nécessaire)

|  |  |
| --- | --- |
| ***Risque 1 :*** | ***Solution(s) :*** |
| ***Risque 2 :*** | ***Solution(s) :*** |

1. **PLAN DE COMMUNICATION**

**Comment envisagez-vous la valorisation du partenariat avec le Département des Yvelines ?**

**Quels seront vos supports de communication** (presse, réseaux sociaux, etc.) **?**

**ENGAGEMENTS**

[ ]  **J’atteste de la complétude du dossier :**

1/Concernant la demande de subvention

→Formulaire de demande de subvention **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Budget prévisionnel sincère et détaillé du projet (utiliser le modèle proposé) **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Contractualisation entre le porteur désigné du projet et l’ESSMS **Oui** [ ]  **Non** [ ]

(Convention, lettre d’intention etc.)

2/ Concernant le porteur du projet

**Pour une association**

→Composition du Conseil d’administration et du Bureau **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Bilan et compte de résultat détaillés certifiés **Oui** [ ]  **Non** [ ]

ou arrêtés lors de la dernière Assemblée générale

→Statuts déclarés **Oui** [ ]  **Non** [ ]  →Copie du JO publiant l’avis de constitution **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→RIB libellé au nom exact de la collectivité ou de l’association

(dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle **Oui** [ ]  **Non** [ ]

à l’INSEE (numéro SIRET)

→Compte-rendu de la dernière Assemblée générale **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Fiche INSEE-SIRET **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Délégation de signature le cas échéant **Oui** [ ]  **Non** [ ]

**Pour une collectivité**

→Copie de la délibération de la collectivité portant approbation du projet **Oui** [ ]  **Non** [ ]

(ou lettre d’intention du maire/président) inscription de cette dépense

au budget de la collectivité et sollicitant une aide départementale

→RIB libellé au nom exact de la collectivité ou de l’association

(dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle **Oui** [ ]  **Non** [ ]

à l’INSEE (numéro SIRET)

→Délégation de signature le cas échéant **Oui** [ ]  **Non** [ ]

**Pour une entreprise**

→Composition du Conseil d’administration **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Comptes financiers certifiés **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Statuts déclarés **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Extrait KBIS de moins de 3 mois **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→RIB libellé au nom exact de l’entreprise

(dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle **Oui** [ ]  **Non** [ ]

à l’INSEE (numéro SIRET)

→Licence d’entrepreneur du spectacle **Oui** [ ]  **Non** [ ]

→Délégation de signature le cas échéant **Oui** [ ]  **Non** [ ]

[ ]  **J’atteste avoir pris connaissance du règlement de l’appel à projets « Santé en cultures »**

[ ]  **Je certifie l’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier**

|  |  |
| --- | --- |
|  Cachet  | Date  |

Nom et signature du représentant légal

**Appel à projets « Santé en cultures »**

**Pièces à joindre - Associations**

**1/ Concernant la demande de subvention**

Formulaire de demande de subvention (*utiliser le modèle proposé)*

Budget prévisionnel sincère et détaillé du projet *(utiliser le modèle proposé)*

Contractualisation entre le porteur désigné du projet et l’ESSMS

**2/ Concernant le porteur du projet**

Composition du Conseil d’administration et du Bureau (le cas échéant attestation précisant qu’un membre

du Conseil d’administration ou du Bureau siège à l’Assemblée départementale)

Bilan financier et compte de résultat détaillés et certifiés (ou arrêtés lors de la dernière Assemblée générale

Statuts déclarés

RIB libellé au nom exact de la collectivité ou de l’association (dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle à l’INSEE (numéro SIRET)

Copie du Journal Officiel publiant l’avis de constitution

Compte-rendu de la dernière Assemblée générale *(« Procès-verbal de la dernière AG »)*

Fiche INSEE-SIRET

Délégation de signature le cas échéant

**Appel à projets « Santé en cultures »**

**Pièces à joindre - Collectivités**

**1/ Concernant la demande de subvention**

Formulaire de demande de subvention (*utiliser le modèle proposé)*

Budget prévisionnel sincère et détaillé du projet *(utiliser le modèle proposé)*

Contractualisation entre le porteur désigné du projet et l’ESSMS

**2/ Concernant le porteur du projet**

Copie de la délibération de la collectivité (ou lettre d’intention du maire/président) portant une approbation du projet, inscription de cette dépense au budget de la collectivité et sollicitant une aide départementale

RIB libellé au nom exact de la collectivité ou de l’association (dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle à l’INSEE (numéro SIRET)

Délégation de signature le cas échéant

**Appel à projets « Santé en cultures »**

**Pièces à joindre - Entreprises**

**1/ Concernant la demande de subvention**

Formulaire de demande de subvention *(utiliser le modèle proposé)*

Budget prévisionnel sincère et détaillé du projet *(utiliser le modèle proposé)*

Contractualisation entre le porteur désigné du projet et l’ESSMS

**2/ Concernant le porteur du projet**

Composition du Conseil d’administration

Comptes financiers certifiés

Statuts déclarés

RIB libellé au nom exact de l’entreprise (dénomination juridique) correspondant à la déclaration officielle à l’INSEE (numéro SIRET)

Extrait KBIS de moins de 3 mois

Licence d’entrepreneur du spectacle

Délégation de signature le cas échéant