



**l'Assurance
Maladie**

Agir ensemble, protéger chacun

Côte-d'Or

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION d'ACTION pour l'exercice 2021

Date limite de transmission du dossier complet : 29 mars 2021

A transmettre par mail à responsables.action.sanitaire.sociale.cpam-dijon@assurance-maladie.fr

NOM DE L'ASSOCIATION :

Personne contact au sein de l'association pour toute question sur le projet :

Nom – Prénom :

Fonction :

Adresse mail :

Téléphone :

Précisez s'il s'agit :

D'une première demande

D'un renouvellement

INTITULE DE L'ACTION – Finalité d'intérêt général :

MONTANT DE LA SUBVENTION SOLLICITEE :

.....€

ELEMENTS DE CADRAGE

L'Assurance Maladie de Côte-d'Or peut accorder, au titre de son action sanitaire et sociale, des **subventions aux associations** qui réalisent des interventions à caractère sanitaire et social dans le département, en lien avec les missions et publics prioritaires de l'Assurance Maladie :

- aide aux malades ;
- aide aux personnes en situation de handicap ;
- accès aux soins et accompagnement des personnes en situation de fragilité sociale ;
- prévention de la désinsertion professionnelle.
- soutien aux aidants familiaux
- soutien aux acteurs locaux œuvrant pour l'accès aux droits, notamment via le développement des actions d'inclusion numérique

DATE LIMITE DE TRANSMISSION DU DOSSIER COMPLET :

29 mars 2021

Par mail à

responsables.action.sanitaire.sociale.cpam-dijon@assurance-maladie.fr

Documents à joindre obligatoirement à cette demande de subvention

- ⇒ **Le document descriptif des statuts de l'association**
- ⇒ **Le rapport d'activité de l'exercice précédant celui de la présente demande.**
- ↓ **S'il s'agit d'un renouvellement d'action le bilan opérationnel et financier détaillé de cette action depuis sa mise en place.**
- ⇒ **La copie des documents comptables de Bilan et de Compte de résultats du dernier exercice consolidé. (documents devant être certifiés conformes par le président et le trésorier de l'association)**
- ⇒ **Le budget prévisionnel de l'action pour laquelle une subvention est demandée (en fin de document)**
- ⇒ **Une attestation de versement des cotisations de Sécurité Sociale (article 6 du contrat d'objectif)**
- ⇒ **Un relevé d'identité bancaire ou postal**

Pour toute subvention accordée, une convention annuelle non renouvelable sera signée entre la Caisse Primaire d'Assurance Maladie et l'Association.

PARTIE 1

Présentation de l'organisme ou de l'association

PRESENTATION DE L'ASSOCIATION

NOM DE L'ASSOCIATION :

SIGLE DE L'ASSOCIATION :

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

N° SIREN :

REPRESENTANT LEGAL (le président ou autre personne désignée par les statuts) :

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER AU SEIN DE L'ASSOCIATION

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

COMPOSITION ACTUELLE DU CONSEIL D'ADMINISTRATION

(s'il s'agit d'une première demande, joindre obligatoirement les statuts, la composition du Conseil d'Administration et du bureau (en précisant la qualité de leurs membres), le règlement intérieur)

N° DECLARATION A LA PREFECTURE ..

(s'il s'agit d'une première demande, joindre l'extrait de déclaration de l'Association au journal officiel)

VOCATION GENERALE DE L'ASSOCIATION

L'association a-t-elle une compétence géographique:

Nationale Régionale Départementale Locale

Votre association est-elle rattachée à une structure ?

OUI NON

si oui préciser son nom :

Association régionale...

Association nationale...

Fédération...

Union...

L'association est-elle reconnue d'utilité publique ?

OUI NON

L'association dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ?

OUI NON

si non, précisez la qualité de la personne chargée d'effectuer la comptabilité :

Buts de l'association :

Cochez la case correspondante, précisez si besoin

<input type="checkbox"/>	Education à la santé
<input type="checkbox"/>	Hygiène bucco-dentaire
<input type="checkbox"/>	Prévention des addictions
<input type="checkbox"/>	Aide aux personnes vivant avec un handicap
<input type="checkbox"/>	Aide aux personnes atteintes de pathologies graves, chroniques ou invalidantes Préciser :
<input type="checkbox"/>	Aide et accompagnement des personnes hospitalisées
<input type="checkbox"/>	Aide et accompagnement des personnes en situation de fragilité sociale
<input type="checkbox"/>	Soutien aux aidants familiaux
<input type="checkbox"/>	Prévention de la désinsertion professionnelle
<input type="checkbox"/>	Inclusion numérique
<input type="checkbox"/>	Autre (préciser) :

MOYENS HUMAINS DE L'ASSOCIATION

BENEVOLES :

Nombre de bénévoles ayant travaillé pour l'association au cours de l'année précédente :

Temps global par semaine consacré par l'ensemble des bénévoles :

SALARIES :

Nombre total de salariés permanents :

Salariés en CDI

dont salariés à temps partiel :

Salariés en CDD

dont salariés à temps partiel :

Services civiques :

Equivalent temps plein :

AUTRES INTERVENANTS :

ADHERENTS :

	au cours de l'exercice antérieur	montant de la cotisation	au cours de l'exercice en cours	montant de la cotisation
nombre d'adhérents				

PRESENTATION GENERALE DES ACTIVITES DE L'ASSOCIATION

Expliciter ci-dessous les activités générales que réalise l'association

Les objectifs poursuivis

Les types d'actions

leur nature prévention, information, soins, etc
collectives, individuelles....

Les populations concernées par ces actions

Les principaux résultats

Les perspectives : reconduction, nouvelles actions

PARTIE 2

**Détail du projet d'action pour lequel
une subvention est sollicitée**

LE PROJET D'ACTION

Rappel du nom de l'ASSOCIATION :

A - Intitulé de l'action

S'agit-il pour l'Association d'une nouvelle action ?

OUI

NON

S'agit-il de la poursuite ou de l'extension d'une action menée antérieurement ?

OUI

NON

S'inscrit-t-elle dans le cadre d'une politique publique (par exemple une mission de l'Etat, orientation régionale, etc.)

OUI

NON

Si OUI laquelle :

B – Descriptif de l'action (nature de l'action, champ d'action...)

C – Justification de l'action

A quels besoins répond cette action ?

Facteurs déclenchants :

Enjeux par rapport à l'action sanitaire et sociale et aux missions de l'Assurance maladie

- au regard de l'action

 - au regard de la population touchée

Résultats obtenus antérieurement et évaluation

D – Objectifs de l'action

Objectif principal

Objectifs intermédiaires ou opérationnels

E - Public cible

F - Secteur géographique d'intervention

G - Moyens utilisés

Moyens matériels (supports d'information, expositions, stands,):

Moyens humains

H - Partenariat (nom des partenaires, rôle dans l'action)

I – Modalités d'évaluation de l'action

Indicateurs de résultats retenus :

Quantitatifs

Qualitatifs

J - Communication et valorisation de l'action

Comment allez-vous faire connaître votre action et ses résultats ?

Types de communication (publication, conférence de presse....)

Outils de communication (affiches, guides, brochures...)

BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION :

Document page suivante

SYNTHESE DES SUBVENTIONS SOLLICITEES SUR L'EXERCICE 2021 :

Organisme	Montant

Montant de la subvention sollicitée auprès de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie

*****REEMPLIR LE BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION PAGE SUIVANTE**

Date

Signature du Président de l'Association

Cachet de l'association

NOM DE L'ASSOCIATION :
- BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION – Année 2021

Dépenses spécifiques à l'action	Budget PREVISIONNEL	Observations	Recettes spécifiques à l'action	Budget PREVISIONNEL	Observations
Achats			Ressources propres		
divers achats					
Petit matériel					
Fournitures de bureau					
Services extérieurs			Subventions demandées		
location (local, salle, matériel ...)			CPAM		
entretien et réparations			CARSAT		
assurance			CAF		
formation			Etat		
documentation			Région		
			Département		
			Communes		
Autres services extérieurs			Collectivités publiques		
honoraires			Entreprises publiques		
information			Entreprises et organismes privés		
publicité			Entreprises et organismes privés		
déplacements			Autres (préciser : ...)		
missions					
réceptions					
téléphone, frais postaux					
divers prestations extérieures					
Charges de personnel			Produits de gestion courante		
			Total		
rémunération du personnel			Cotisations des adhérents		
charges sociales			Dons		
			Autres		
Autres charges de gestion courante					
TOTAL			TOTAL		

Le Trésorier (date et signature)

Le Président (date et signature)