

**CAISSE PRIMAIRE D'ASSURANCE MALADIE  
DE LA COTE D'OR**

**ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

---

**DEMANDE  
DE  
SUBVENTION**

**EXERCICE 2020**

**Présentée par**

--

# **PARTIE 1**

## **Présentation de l'organisme ou de l'association**

## **Présentation de l'organisme ou association**

**Dénomination de l'Organisme ou Association**

**Adresse du siège social**

**Adresse email**

**Téléphone**

**Situation juridique ( 1 )**

**Nom et Prénom du responsable**

**Adresse du responsable**

(1) Association déclarée ou reconnue d'utilité publique, société civile ou commerciale, collectivité publique... **(Pour les associations indiquer la date de déclaration au Journal Officiel)**

## Buts de l'association

- θ Education Sanitaire
- θ Hygiène bucco-dentaire
- θ Lutte contre l'alcoolisme et toxicomanie
- θ Aide aux handicapés adultes
- θ Aide aux malades chroniques
- θ Lutte contre les maladies respiratoires
- θ Lutte contre le cancer
- θ Lutte contre le SIDA
- θ Mutilés de la voix
- θ Aide à caractère social
- θ Aide à l'enfance
- θ Prévention routière, secourisme
- θ Centre de soins
- θ Autre:

## Structure et organisation

### Conseil d'administration

Président \_\_\_\_\_

Vice-Président \_\_\_\_\_

Membres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Bureau

Président \_\_\_\_\_

Vice-Président \_\_\_\_\_

Secrétaire Général \_\_\_\_\_

Trésorier \_\_\_\_\_

Autres membres \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

## Nom et Prénom du correspondant de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie au sein de l'organisme ou association

à voix délibérative \_\_\_\_\_

à voix consultative \_\_\_\_\_

## Compétence géographique

L'association fait partie d'une fédération

Oui                      0                      Non                      0

Préciser laquelle \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'association est rattachée à une association nationale

Oui                      0                      Non                      0

Préciser laquelle \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

L'association a une compétence

nationale  $\theta$

régionale  $\theta$

départementale  $\theta$

locale  $\theta$

En fonction du niveau de compétence , indiquer

pour une association nationale

Les ramifications

régionales Oui  $\theta$  Non  $\theta$

pour une association régionale

les ramifications

départementales Oui  $\theta$  Non  $\theta$

locales Oui  $\theta$  Non  $\theta$

pour une association locale, si elle est rattachée à

une association régionale Oui  $\theta$  Non  $\theta$

préciser laquelle \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## Patrimoine de l'association

### Immeubles

Immeubles en propriété

Oui

Non

dans l'affirmative compléter le tableau ci-dessous

Adresse	superficie	Nature juridique de l'acquisition (1)	usage

(1) Achat, don .....

Immeubles en location

Oui

Non

dans l'affirmative, compléter le tableau ci dessous

Adresse	superficie	Montant du loyer et charges locatives	usage

### Autres biens

Terrains en propriété

Oui

Non

dans l'affirmative préciser l'adresse et le mode d'acquisition

## Structure de l'association

Personnel salarié de l'association	
Noms et Prénoms	Fonctions

### Le Personnel bénévole

ayant travaillé pour l'association au cours de l'année précédente  
 Nombre |\_\_\_\_\_|

temps global par semaine consacré par l'ensemble des bénévoles  
 Temps (journées, demi journées ou heures) |\_\_\_\_\_|



## Adhérents

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

## Activités

Les activités de l'association seront déclinées dans un document annexe qui comportera (voir annexes)

Les objectifs poursuivis

Les types d'actions

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

Les populations concernées par ces actions

Les résultats

Expliciter les méthodes utilisées pour l'évaluation des actions et la part du budget réservé à cet effet.

Les perspectives pour l'exercice suivant

Les reconductions d'actions précédentes  
la mise en oeuvre d'actions nouvelles

Cas particulier des actions entrant dans le cadre de la subvention demandée

Ces actions seront déclinées à partir où à l'aide des documents en annexe 2  
Une fiche d'évaluation sera obligatoirement transmise à la Caisse Primaire d'Assurance Maladie à l'issue de l'action.

## Subventions sollicitées

### Subventions sollicitées pour l'exercice 2020

Organisme	Montant

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

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

Le Président de l'association  
(signature et cachet)

## **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)
- ⇒ La situation de l'exécution budgétaire de l'année en cours (Annexe 1)
  - arrêtée à la date de la demande de subvention
  - prévisionnelle au 31 Décembre
- ⇒ 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 2**

### **Présentation du projet d'action**

# PROJET D' ACTION

*Identification de l'Association*

*Intitulé de l'action*

*Objectifs poursuivis*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

*Population visée* (préciser notamment le nombre de personnes)

.....  
.....  
.....

*Nature de l'action*

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Partenaires de l'action et comité de pilotage**

L'action se réalise-t-elle avec d'autres partenaires?

Oui      0                  Non      0

Un comité de pilotage avec d'autres partenaires a-t-il été mis en place?

Oui      0                  Non      0

Si oui, indiquer les partenaires ou les membres du comité de pilotage

.....  
.....  
.....  
.....

**Modalités de déroulement de l'action**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Moyens utilisés**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Types de supports envisagés**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Calendrier de l'action**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**Evaluation**

Moyens de suivi du projet

.....  
.....  
.....  
.....  
.....

Méthodes d'évaluation des résultats

.....  
.....  
.....  
.....

A..... le .....

Signature du responsable de l'association

Cachet de l'association