

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

ACTION SANITAIRE ET SOCIALE

**DOSSIER DE DEMANDE
DE SUBVENTION d'ACTION
pour l'exercice 2025**

Date limite de transmission du dossier complet : 24/03/2025

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

NOM DE L'ASSOCIATION :

Personne à contacter 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 :€

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 CHARGEE 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

☐	Education à la santé
☐	Hygiène bucco-dentaire
☐	Prévention des addictions
☐	Aide aux personnes vivant avec un handicap
☐	Aide aux personnes atteintes de pathologies graves, chroniques ou invalidantes Préciser :
☐	Aide et accompagnement des personnes hospitalisées
☐	Aide et accompagnement des personnes en situation de fragilité sociale
☐	Soutien aux aidants familiaux
☐	Prévention de la désinsertion professionnelle
☐	Inclusion numérique
☐	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

--

Résultats obtenus antérieurement et évaluation

--

D – Objectifs de l'action

--

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 2023 :

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 2025					
Dépenses spécifiques à l'action	Budget PREVISIONNEL	Observations	Recettes spécifiques à l'action	Budget PREVISIONNEL	Observations
Achats - Total			Ressources propres Total		
divers achats					
Petit matériel					
Fournitures de bureau					
Services extérieurs - Total			Subventions demandées- Total		
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)