

|  |  |
| --- | --- |
|  | **DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION**  **AU TITRE DE L’ACTION SANITAIRE ET SOCIALE** |

**APPEL A PROJETS 2025**

|  |  |
| --- | --- |
| **SYNTHESE DE LA DEMANDE** | |
| **ASSOCIATION**: |  |
| **INTITULE DE L’ACTION :** |  |
| **MONTANT DE LA SUBVENTION SOLLICITEE** : | € |
| **Première demande :** | **Renouvellement :** |

1. **PRESENTATION DE L’ASSOCIATION**
   1. **SITUATION ADMINISTRATIVE**

|  |  |
| --- | --- |
| NOM DE L’ASSOCIATION : |  |
| ADRESSE DU SIEGE SOCIAL : |  |
| Code postal : | Commune : |
| N° SIREN : |  |
| N° DECLARATION A LA PREFECTURE |  |

| 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 : |

* 1. **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 ?

NON  OUI si oui préciser son nom :

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

OUI NON

|  |
| --- |
| OBJET DE L’ASSOCIATION |
|  |

|  |
| --- |
| PUBLIC CIBLE |
|  |
| Nombre de bénéficiaires : N-3 :       N-2 :       N-1 : |
| PARTENARIAT ET ROLE (financier – organisationnel – intervention) |
|  |

* 1. **MOYENS HUMAINS DE L’ASSOCIATION**

Nombre d’adhérents - bénévoles : N-3 :       N-2 :       N-1 :

Nombre total de salariés permanents :

1. **PRESENTATION DE L’ACTION**
   1. **CONTEXTE DE L’ACTION**

Pour chaque action, fournir toutes précisions sur les modalités mises en œuvre telles que : date, lieu, thème, planification, public touché, nombre, secteur géographique d’intervention…

|  |
| --- |
| ▪ information, permanences d’accueil, communication, sensibilisation    ▪ prestations de service à la personne    ▪ organisation de manifestations    ▪ autres actions : |

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

A quel(s) besoin(s) répondent ces actions / facteurs déclenchants de l’action ?

|  |
| --- |
|  |

Enjeux par rapport à l’action sanitaire et sociale

|  |
| --- |
| Au regard de l’action :    Au regard de la population touchée : |

* 1. **MOYENS MIS EN ŒUVRE**

|  |
| --- |
| MOYEN MATERIEL |
|  |

|  |
| --- |
| MOYEN HUMAIN |
|  |

|  |
| --- |
| MONTANT TOTAL DU PROJET |
|  |

|  |
| --- |
| PARTENARIAT (Nom – Rôle dans l’action – Financement alloué) |
|  |
|  |
| BESOIN D’ACCOMPAGNEMENT PAR LA CPAM (formation, interventions collectives, flyers…) |
|  |

* 1. **MODALITES D’EVALUATION**

Indicateurs de résultats retenus :

|  |
| --- |
| Quantitatifs    Qualitatifs |

* 1. **COMMUNICATION ET VALORISATION DE L’ACTION**

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

|  |
| --- |
| Type de communication (publication, conférence de presse…)    Outils de communication (affiches, guides, brochures, …) |

Date ..................................................................

Signature du Président de l’Association

**Le formulaire et les pièces constitutives du dossier devront impérativement être adressés à la Caisse Primaire d’Assurance Maladie de la Charente pour le 14/09/2025 au plus tard**, de préférence par mail à l’adresse suivante : [aidesfinancieres.cpam-charente@assurance-maladie.fr](mailto:aidesfinancieres.cpam-charente@assurance-maladie.fr)

**Liste des pièces à fournir**

**Les éléments à joindre au dossier de demande de subvention sont les suivants :**

1 - un exemplaire des statuts de l'association régulièrement déclarés, en un seul exemplaire. Si l’association est enregistrée dans le répertoire national des associations (RNA), il n’est pas nécessaire de les joindre,

2 - la déclaration de l'association à la Préfecture ou au Journal Officiel,

3 - la liste des personnes chargées de l’administration de l’association régulièrement déclarée (composition du conseil, du bureau,…) Il n’est pas nécessaire de la joindre si l’association est enregistrée dans le RNA.

4 - les comptes financiers approuvés de l'année N-1 (compte de résultat, bilan) signés par le Président de l’association

5 - pour les associations qui en ont désigné un commissaire aux comptes ou contractualisé avec un expert-comptable, le rapport général et le rapport spécial du commissaire aux comptes ou la plaquette des comptes annuels avec l’attestation de l’expert-comptable.

6 - le plus récent rapport d'activité approuvé,

7 - le budget prévisionnel approuvé de l'association présenté en équilibre pour l'exercice N,

8 - l'attestation de versement des cotisations URSSAF pour l'exercice écoulé,

9 - un relevé d'identité bancaire ou postal original (RIB ou RIP),

10 – si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’association, le pouvoir donné par ce dernier au signataire.

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION - Exercice N** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dépenses spécifiques à l'action** | **Montant en euros** | **%** | **Recettes spécifiques à l'action** | **Montant en euros** | **%** |
| **Achats Total** |  |  | **Ressources propres Total** |  |  |
| divers achats |  |  |  | | |
| Petit matériel |  |  |
| Fournitures de bureau |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Services extérieurs Total** |  |  | **Subventions Total** |  |  |
| location (local, salle, matériel …) |  |  | CPAM - CRAM |  |  |
| entretien et réparations |  |  | Etat |  |  |
| assurance |  |  | Région |  |  |
| formation |  |  | Département |  |  |
| documentation |  |  | Communes |  |  |
|  |  |  | Collectivités publiques |  |  |
|  |  |  | Entreprises publiques |  |  |
| **Autres services extérieurs Total** |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |
| honoraires |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |
| information |  |  | Autres (préciser : …) |  |  |
| publicité |  |  |  |  |  |
| déplacements |  |  |  |  |  |
| 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** |  | **100** | **Total** |  | **100** |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **BUDGET PREVISIONNEL DE L'ASSOCIATION - Exercice N** | | | | | |
|  | | | | | |
| **Dépenses** | **Montant en euros** | **%** | **Recettes** | **Montant en euros** | **%** |
| **60 - Achats Total** |  |  | **70 - Ventes de produits et prestations de service Total** |  |  |
| 602 divers achats |  |  |  | | |
| 606 eau - gaz - électricité |  |  |
| Petit matériel |  |  |
| Fournitures de bureau |  |  |
| Autres |  |  |
| **61 - Services extérieurs Total** |  |  | **74 - Subventions Total** |  |  |
| 613 location (local, salle, matériel …) |  |  | CPAM |  |  |
| 615 entretien et réparations |  |  | Etat |  |  |
| 616 assurance |  |  | Région |  |  |
| 617 formation |  |  | Département |  |  |
| 618 documentation |  |  | Communes |  |  |
|  |  |  | Collectivités publiques |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs Total** |  |  | Entreprises publiques |  |  |
| 622 honoraires |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |
| 623 information, publicité |  |  | Entreprises et organismes privés |  |  |
| 625 déplacements, missions, réceptions |  |  | Autres (préciser : …) |  |  |
| 626 téléphone, frais postaux |  |  |  |  |  |
| 628 divers prestations extérieures |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  |  | **75 - Produits de gestion courante Total** |  |  |
| **64 - Charges de personnel** |  |  | Cotisations des adhérents |  |  |
| 641 rémunération du personnel |  |  | Dons |  |  |
| 647 charges sociales |  |  | Autres |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **65 - Autres charges de gestion courante** |  |  |  |  |  |
| **66 - Charges financières** |  |  | **76 - Produits financiers** |  |  |
| **67 - Charges exceptionnelles** |  |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |  |
| **68 - Dotations aux amortissements** |  |  | **78 - Reprise sur amortissements et provisions** |  |  |
| **Résultat de l'exercice : excédent** |  |  | **Résultat de l'exercice : perte** |  |  |
| **Total des charges** |  | **100** | **Total des produits** |  | **100** |
| **Personnel bénévole** |  |  | **Bénévolat** |  |  |
| **Total** |  |  | **Total** |  |  |