**CONFÉRENCE DES FINANCEURS**

Appel aux initiatives– Conférence des Financeurs du département des Hautes-Alpes 1 / 21

**DE LA PRÉVENTION DE LA**

**PERTE D’AUTONOMIE**

**DOSSIER DE CANDIDATURE 2025**

#### Date limite de dépôt des candidatures :

13 décembre 2024

**A l’attention :**

Département de l’Ardèche

Direction de l’autonomie

Service Projet Partenariat Proximité

2 bis, rue de la Recluse

BP 606

07000 PRIVAS

**Ou par mail** :

[cfppa@ardeche.fr](mailto:cfppa@ardeche.fr)

**Contact pour tous renseignements complémentaires :**

Stéphanie RIOU et Magali MAILLIER

Courriel : [sriou@ardeche.fr](mailto:sriou@ardeche.fr) [mmaillier@ardeche.fr](mailto:mmaillier@ardeche.fr)

Tél : 04 75 66 78 43

Une image contenant texte, Police, capture d’écran, logo

Description générée automatiquement

|  |
| --- |
| La CFPPA (Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie) coordonne et finance des **actions collectives de prévention de la perte d’autonomie**.  Ces actions s’adressent :   * **aux personnes de 60 ans et plus vivant à leur domicile ou en EHPAD,** * **ainsi qu’aux proches aidants de ces personnes .**   Les CFPPA soutiennent prioritairement **les actions de prévention favorisant l’adoption durable de comportements favorables à la santé**, telle que définie par l’OMS (Organisation mondiale de la santé). Ces actions doivent tout particulièrement **contribuer à lutter contre les inégalités sociales et territoriales de santé** en portant une attention spécifique aux publics en situation de vulnérabilité.  Ainsi, les actions financées par la CFPPA ont pour objectif de fournir des outils permettant aux personnes de maintenir - voire d’améliorer - leur autonomie même après la fin de l’action.  Quelques définitions de l’OMS présentes également dans la loi Bien vieillir du 8 avril 2024 :   1. « Bien vieillir, c’est garder ses fonctions pour pouvoir continuer à faire ce qui est important pour chacun d’entre nous » 2. « Les 5 capacités intrinsèques essentielles pour prévenir la perte d’autonomie : mobilité, mémoire, sensoriel (vue / audition), état nutritionnel et l’humeur. »   Pour en savoir plus sur le cadre de cet appel à projet, consultez le **cahier des charges.** |

|  |
| --- |
| **INTITULÉ DE L’ACTION DE PRÉVENTION : …………………………………………………..** |

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET** |

* **La structure**

Nom de la structure : ……………………………………………………………………………….

Adresse du siège social : ………………………………………………………………………….

Code postal : ……………………………………………………………………………………….

Ville : …………………………………………………………………………………………………

Courriel : …………………………………………………………………………………………….

SIRET : ………………………………………………………………………………………………

* **Le représentant légal de la structure**

Nom : ……………………………………………………………………………………………….

Prénom : ……………………………………………………………………………………………

Fonction : ……………………………………………………………………………………………

Téléphone : …………………………………………………………………………………………

Courriel : ……………………………………………………………………………………………

* **Identification de la personne pilote chargée du projet :**

### Nom : ................................................................................................

### Prénom : ...............................................................................................

### Fonction : .............................................................................................

### Téléphone : .......................................................................................

### Courriel : ...............................................................................................

*Cette personne sera identifiée comme le contact référent par nos services et sera l’unique destinataire des correspondances. Tous changement de coordonné devra être signalé à la Conférence des Financeurs*.

|  |
| --- |
| **PRÉSENTATION DU PROJET** |

**Vision globale du projet**

### Nouveau projet ☐ Renouvellement du projet

**En cas de renouvellement, argumenter sur la nécessité de reconduction de l’action.**

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

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

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

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

**Quelle est la thématique principale de l’action ?**

* + - * Nutrition
      * Mémoire/stimulation cognitive
      * Sommeil
      * Activités physiques et atelier équilibre/prévention des chutes
      * Bien-être et estime de soi
      * Santé bucco-dentaire
      * Prévention de la dépression / du risque suicidaire
      * Autres actions santé globale et bien vieillir, préciser : ..........................................................................................
      * Lien Social
      * Lutte contre l’isolement
      * Habitat et cadre de vie
      * Mobilité (dont sécurité routière)
      * Accès aux droits
      * Usage du numérique
      * Préparation à la retraite
      * Autres actions collectives de prévention, préciser : ....................................................

#### Soutien aux actions d’accompagnement des proches aidants

* + - * Information aux aidants
      * Prévention santé des aidants

|  |
| --- |
| **LE DESCRIPTIF DÉTAILLÉ DE L’ACTION** |

**Le projet est-il issu d’un besoin exprimé ou identifié, si oui par qui ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quelle méthode vous a permis d’identifier ce besoin ?**

………………………………………………………………………………………………………..………………………………………………………………………………………………………..

**Genèse du projet (contexte, origine(s), problématique(s)…)**

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

**Qui sont les bénéficiaires ciblés ?**

*Les actions financées par les CFPPA s’adressent aux personnes de 60 ans et plus. Une attention particulière sera portée aux personnes en situation de vulnérabilité afin de lutter contre les inégalités sociales de santé, c’est-à-dire les personnes fragilisées en fonction de leur âge, de leurs conditions de vie ou de leur isolement social ou géographique.*

☐ Personnes de 60 ans et plus

☐ Binômes aidants/aidés

☐ Proches aidants

**Présentation détaillée du projet et de ses objectifs (compléter également le tableau en annexe)**

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

**Des partenaires opérationnels locaux sont-ils impliqués dans la mise en œuvre de votre projet ?**

* Oui
* Non

**Si oui, lesquels ? quels sont leurs rôles et compétences ? joindre le cas échéant les lettres d’engagement des partenaires.**

**Partenaire 1**

Identification du partenaire et modalité du partenariat (financier, opérationnel, mise à disposition d’une salle, relais de communication, etc.)

Précisez le nom, le rôle et l’étape à laquelle le partenaire est mobilisé ainsi que ses coordonnées.

…………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Partenaire 2**

Identification du partenaire et modalité du partenariat (financier, opérationnel, mise à disposition d’une salle, relai de communication, etc.)

Précisez le nom, le rôle et l’étape à laquelle le partenaire est mobilisé ainsi que ses coordonnées.

………………………………………………………………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………

**Description des intervenants mobilisés pour mener l’action :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Fonction** | **ETP** | **Formation** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Quel matériel sera nécessaire pour la mise en œuvre de l’action ?**

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

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

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

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

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

**Quels locaux seront utilisés pour la mise en œuvre de l’action ? Seront-ils gratuits ou payants ?**

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

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

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

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

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

**Quelle est précisément la commune de réalisation de l’action ? Si plusieurs communes merci de toutes les indiquer.**

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

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

**Quand se déroule l’action ?**

**Date de début** (même prévisionnelle) **Date de fin** (même prévisionnelle)

[--/--/--] [ --/--/-- ]

|  |
| --- |
| **ÉVALUATION DU PROJET** |

* **Quels sont les résultats attendus ? Quels changements espérez-vous pour les bénéficiaires une fois le projet réalisé ?**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* **Quels indicateurs de résultats avez-vous choisi pour mesurer les objectifs opérationnels du projet ?**

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

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

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

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

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

* **Quels sont les moyens d’évaluation définis pour recueillir les critères quantitatifs et qualitatifs de l’action ?**

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

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

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

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

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

|  |
| --- |
| **BUDGET DE L’ACTION** |

**Montant de la subvention demandée** à la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de l’Ardèche : €

Commentaires :

**Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires de l’action ?**

* Gratuité ☐ Tarifs modulés ☐ Barème ☐ Prix unique
* Autres, préciser : ..........................................................................................................................

**Souhaitez-vous ou avez-vous sollicité le soutien financier d’autres partenaires :**

* Oui
* Non

Si oui, lesquels ?

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

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BUDGET PRÉVISIONNEL GLOBAL** | | | |
| **CHARGES (DÉPENSES)** | | **PRODUITS (RECETTES)** | |
| Nature | Montant | Nature | Montant |
|  |  | Subvention CFPPA07 |  |
|  |  | Autofinancement : |  |
|  |  | Co-Financement (précisez) |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL** | **0,00 €** | **TOTAL** | **0,00 €** |

|  |
| --- |
| **DECLARATION SUR L’HONNEUR** |

Je soussigné(e), (nom et prénom)

Représentant(e) de :

Déclare :

* Que l’établissement ou l’association est à jour de ses obligations sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;
* Exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment celles relatives aux demandes de subventions déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;
* Que l’association a perçu un montant total et cumulé d’aides publiques (subventions financières et en nature) sur les trois derniers exercices :

🞎 Inférieur ou égal à 200 000 €

🞎 Supérieur à 200 000 €

* Demander une subvention de : €
* Que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l’association identifié dans le budget prévisionnel de l’action ;
* M’engager à réaliser l’action, à indiquer les logos du département et de la Conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie de l’Ardèche dans les communications, et à informer le Département de tous changement dans la mise en œuvre ;
* M’engager à remplir le dossier de bilan qui sera envoyé par le Département de l’Ardèche et à respecter les critères de bilan et d’évaluation de l’action pour laquelle je demande une aide financière (date de début des actions, nombre d’interventions et d’ateliers réalisés, lieux d’intervention, territoires bénéficiaires des actions, nombre et types de partenaires, communication, utilisation du budget, financements autres, nombre de participants inscrits et nombre de bénéficiaires, nombre d’hommes, de femmes, répartition des bénéficiaires par tranche d’âges, montant financier global et par action).

« Tous groupements, associations, œuvres ou entreprises privées qui ont reçu dans l’année en cours une ou plusieurs subventions sont tenus de fournir à l’autorité qui a mandaté la subvention une copie certifiée de leurs budgets et de leurs comptes de l’exercice écoulé, ainsi que tous documents faisant connaitre les résultats de leurs activités » (article L1611-4 du code général des collectivités territoriales).

Fait, le à

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et signature |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANNEXE: Déroulement des séances** | | | | | |
| **Nom de la séance** | **Objectif opérationnel** | **Méthode** | **Professionnels** | **Nombre de bénéficiaires prévisionnels (1)** | **Durée** |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |