****

**Cadre réservé au service**

N° du dossier :

N° du tiers :

PMA concernée :

Nom de l’association :

**Dossier DE DEMANDE DE SUBVENTION**

**ACTIVITES ASSOCIATIVES RELEVANT DU CHAMP DE L’ACTION SOCIALE**

**[hors dispositifs et schemas sectoriels]**

Merci de cocher **le** domaine d’intervention dans lequel s’inscrit votre action :

* INSERTION : actions dans le domaine de la prévention et de prise en charge des situations de fragilité quelles qu’en soient les formes (handicap, précarité, logement, etc.) dans le souci constant de favoriser l’autonomie des personnes vulnérables et leur insertion sociale et professionnelle.
* ENFANCE FAMILLE ET SANTE PUBLIQUE : En charge de la protection maternelle et infantile et de la protection de l’enfance
* AUTONOMIE (Personnes âgées - personnes handicapées) : actions destinées à favoriser les liens sociaux et intergénérationnels et promouvoir des actions innovantes de prévention de l’isolement des personnes âgées et handicapées, dans le souci constant de favoriser leur autonomie.
* PREVENTION : actions contribuant au soutien des enfants et de leurs familles, permettant de préserver l’équilibre familial et de favoriser leur autonomie et leur insertion.

**Seules les demandes relevant de l’un de ces trois champs d’action sont éligibles à ce dossier de demande de subvention.**

**DATE LIMITE DE DEPOT DES DOSSIERS**

Les dossiers doivent être déposés **avant le 31 décembre de l’année N-1**

Le Département accorde une attention particulière aux différentes actions menées par les associations dans le champ de l’action sociale (insertion, enfance, famille, santé publique, autonomie). Dans ce cadre, il se réserve le droit d’accorder **des aides à caractère facultatif :**

**En fonctionnement** :

* Pour le fonctionnement général de l’association
* Pour la mise en œuvre d’un projet spécifique durant l’année civile à venir

**En investissement** :

* Pour un projet d’acquisition de matériels, de mobilier ou d’équipement divers dont le montant n’excède pas 20 000 €.
* Pour un projet d’études et/ou de travaux.

Critères d’octroi de la subvention :

L’éligibilité de la demande de subvention se vérifie au regard de plusieurs critères, notamment :

* Cohérence du projet avec les politiques départementales des solidarités humaines,
* Domiciliation ou action spécifique sur le département des Pyrénées Atlantiques,
* Compétences de la structure par rapport à l’action envisagée,
* Dossier de demande dûment complété
* Pour l’appréciation du montant de la subvention octroyé, seront considérés les montants des livrets et des intérêts perçus, les constats d’excédents, la masse salariale (montant, composition, ….)

Modalités de l’aide départementale

Le versement de l’aide intervient dans les meilleurs délais à compter de la notification d’attribution de la subvention et sous réserve de la transmission de l’ensemble des pièces requises.

Un courrier de réponse (refus ou accusé de réception) est systématiquement envoyé aux associations éligibles.

Les demandes ne relevant pas de l’action sociale sont redirigées vers les services compétents du Département.

Au regard de la date limite de dépôt des dossiers, le bilan et le compte de résultat ainsi que le procès-verbal de l’assemblée générale seront transmis en année N, dès établissement.

Les dossiers de candidature sont analysés par les techniciens habilités. Le choix final appartient aux élus du Conseil départemental qui délibèrent en commission permanente. Les décisions sont notifiées par courrier à l’issue de la commission permanente décisionnaire.

**Ce dossier est à adresser à :**

Monsieur le Président du Conseil départemental des Pyrénées-Atlantiques

Direction générale adjointe des Solidarités humaines,

Hôtel du Département

64, avenue Jean Biray

64 058 PAU Cedex 9

**Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :**

Michèle Moureu-Acard par téléphone au 05.59.11.40.82 ou par mail **michele.moureu-acard@le64.fr**

**I. PRESENTATION DE L’ASSOCIATION**

Nom de la structure :

Sigle (le cas échéant) :

Statut juridique : **association** Date de création :

Numéro SIRET : Code APE :

Numéro d'identification TVA si votre association est assujettie :

Date de publication au Journal Officiel :

Adresse :

Téléphone :

Courriel :

Site internet (le cas échéant) :

**Identification du représentant légal** (président ou autre personne désignée par les statuts)

Nom

Fonction

Téléphone direct

Prénom

Courriel

**Identification de la personne responsable de l’action**

Nom

Fonction

Téléphone direct

Prénom

Courriel

Nombre d’adhérents au 31/12 :

Nombre de bénévoles actifs :

Nombre de salariés : ……., soit ……. équivalent temps plein (ETP)

Nombre d’emplois aidés parmi les salariés :

Réseau(x) d’affiliation (le cas échéant) :

Zone d’influence :

**II. PRESENTATION DE L’ACTIVITE DE L’ASSOCIATION**

Objet social :

Modalités de gouvernance et vie associative (*organisation des instances décisionnaires, liste nominative et fonctions des membres du conseil d’administration,* *mise en œuvre opérationnelle*) :

Activités développées  (*bref rappel historique, synthèse éléments clé*) :

Environnement et relations partenariales (*ancrage territorial, posture partenariale, positionnement*) :

Moyens humains et matériels à disposition de l’association :

**A COMPLETER SI LA DEMANDE DE SUBVENTION PORTE SUR UNE OPERATION SPECIFIQUE**

**Intitulé de l’opération** (le cas échéant) :

Présentation détaillée de l’opération (*origine, contexte, besoins constatés, vision à court/moyen terme, stratégie,* *périmètre géographique visé, public(s) cible(s), stade d’avancement…*) :

Moyens humains mobilisés (*présentation des compétences de l’équipe salariée et des ressources bénévoles mobilisées*) :

Moyens matériels (*locaux, équipements*) nécessaires à la réussite de l’opération :

Partenariats (relationnels et financiers) établis ou recherchés :

Calendrier prévisionnel de la mise en œuvre de l’opération *en indiquant précisément les dates de début et de fin de l’action* :

Méthode d’évaluation de l’opération (*résultats attendus) :*

Perspectives de développement :

Informations complémentaires éventuelles :

**IV. ANNEXES A JOINDRE AU PRESENT DOSSIER**

* Un programme détaillé de l’activité **de** **l’association** pour l’année N
* Un budget prévisionnel en équilibre **de l’association** pour l’année N, certifié conforme par le Trésorier **et** le Président
* Le bilan et compte de résultat **de l’association** pour l’année N-1, certifiés conformes par le Trésorier **et** le Président
* Le procès-verbal de l’Assemblée générale,
* La liste des personnes chargées de l’administration de l’association déclarée (composition du conseil, du bureau…)
* le certificat d’inscription au répertoire des établissements (SIRET)
* Un relevé d’identité bancaire, portant une adresse correspondante à celle du numéro du SIRET.
* Le bilan financier N-1 **de l’opération**.
* Le bilan d’activité N-1 **de l’opération** - Articles de presse, etc...
* Le programme détaillé **de l’opération**
* Le budget prévisionnel en équilibre **de l’opération**
* le plan de financement équilibré pour une dépense d’équipement portant mention des aides financières sollicités auprès d’autres organismes financeurs ou accordées par eux.
* les statuts de l’association, datés et signés ;
* la copie du récépissé de déclaration en préfecture ;
* tout document complémentaire permettant de valoriser l’action et/ou la nouvelle opération de l’association.

Je soussigné(e) (nom et prénom) : …………………………………………………………………………………………………………………………

représentant(e) légal(e) de l’association,

* **certifie** que l’association est régulièrement déclarée
* **certifie** que l’association est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants
* **certifie** exactes et sincères les informations du présent dossier ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires
* **demande** une subvention de : €
* **précise** que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l’association :

**Nom du titulaire du compte** :

Banque :

Domiciliation :

Code IBAN :

Code BIC :

**CODE BANQUE CODE GUICHET NUMÉRO DE COMPTE CLÉ RIB**

Fait, le ………………………….. à………………………………….

Signature

La commission examinera toutes les demandes reçues et ne se réunira qu’une fois, avant l’été, pour délibérer.

**Cadre réservé au conseiller départemental**

Nom : Territoire :

AVIS