

**DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION**

**APPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**« Faciliter l’accès aux soins »****2024-2028**

**NOM DE LA STRUCTURE** :

**NOM DU PROJET :**

**Montant de la subvention demandée :**

**Ouverture de l’AMI « Faciliter l’accès aux soins » 2024-2028**

**Du 1er avril 2024 au 31 mars 2027**

Les candidatures doivent être transmises par voie électronique à l’adresse suivante :

[amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr)

*Les fichiers volumineux doivent être déposés sur une plateforme de stockage en ligne, puis leur lien intégré dans le mail de dépôt de dossier.*

**Renseignement, conseils et accompagnement auprès du Service santé** :

**Site de Limoges**

Claire LAGARDE

[claire.lagarde@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:claire.lagarde@nouvelle-aquitaine.fr)

06 14 22 46 46

Nadège DUBERNARD

[Nadège.dubernard@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:Nadège.dubernard@nouvelle-aquitaine.fr)

06 69 33 22 36

**Site de Bordeaux**

Erika ALONGO

[erika.alongo@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:erika.alongo@nouvelle-aquitaine.fr)

06 46 22 88 65

Lina HOUMOUADE

[lina.homouade@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:lina.homouade@nouvelle-aquitaine.fr)

06 99 79 16 18

**Hôtel de Région**

14 rue François de Sourdis

CS 81383

33077 BORDEAUX CEDEX

**Site de Poitiers**

15 Rue de l’Ancienne Comédie

CS 70575

86021 POITIERS CEDEX

**Site de Limoges**

27 Boulevard de la Corderie

CS 3116

87031 LIMOGES CEDEX 1

**Informations pratiques**

***Cadre d’intervention***

La Région, pilote de l’aménagement de son territoire, souhaite contribuer activement à résorber les inégalités territoriales de santé en pariant sur l’attractivité.Au vu des retours d’expérience sur les dispositifs de lutte contre la déprise médicale, la Région souhaite agir sur :

* Les principaux déterminants de l’installation des jeunes professionnels de santé : le cadre de vie, les conditions d’accueil ainsi que la facilitation des démarches d’installation.
* Les organisations de travail en promouvant les nouvelles organisations et les pratiques collaboratives en santé.

Dans un contexte de pénurie et d’inégale répartition de soignants, la coordination et la coopération entre professionnels médicaux, paramédicaux, collectivités et institutions publiques est l’une des clés de la lutte contre la déprise médicale. La Région entend soutenir la mise en place de projets innovants et de pratiques collaboratives sanitaires et médicosociales contribuant à un accès équitable et performant aux soins sur tout le territoire et ce dans le cadre de l’Appel à Manifestation d’Intérêt (AMI) « **Faciliter l’accès aux soins » 2024-2028** qui sedécline en trois volets :

* **Volet 1** : Innover en matière d’organisations et de pratiques collaboratives en santé dans les territoires.
* **Volet 2** : Accompagner le déploiement des solutions numériques de santé sur les territoires.
* **Volet 3 :** Permettre la création d’hébergements territoriaux des étudiants en santé (HTES).

***Processus d’attribution de l’aide***

**1. Demande d’aide**

Le porteur de projet doit compléter le présent dossier et le transmettre à l’attention du Président du Conseil Régional par voie numérique à l’adresse électronique suivante : [amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr) en y joignant les pièces demandées.

**2. Décision d’octroi de l’aide**

A la réception du dossier de demande complet, le projet de prévention est instruit en lien avec **le groupe projet**.

La décision finale appartient aux élus du Conseil Régional qui délibèrent en Commission Permanente après le passage des propositions en Groupes Inter Assemblées (GIA). Les décisions finales sont notifiées par courrier.

Toute contestation ou demande de révision de la décision d’octroi, toute contestation de la demande de remboursement de la subvention ainsi que les demandes dérogatoires aux critères d’éligibilité de ce règlement seront soumises à la Commission permanente du Conseil régional.

**3. Versement de l’aide**

Si la Commission Permanente se prononce de manière favorable, la Région procède au versement de l’aide sur le compte ouvert au nom de la structure juridique portant la demande, tel que prévu dès l’instruction du dossier.

Une convention ou un arrêté sera transmis(e) au représentant légal de la structure juridique portant la demande. Cette convention reprendra l’ensemble des conditions particulières pour lesquelles le porteur de projet s’est engagé de manière formelle dès la constitution de sa demande d’aide et précisera les modalités de versement de l’aide régionale.

De manière générale les programmes d’action sont présentés pour une durée de deux ans maximums.

**Qu’est-ce que le dossier de demande de subvention ?**

**Il comporte :**

**Partie 1 - Présentation et budget prévisionnel de la structure**

Pour bénéficier d’une subvention, vous devez disposerd’un numéro SIRET**.** *Si vous n’en avez pas, il vous faut le demander à la direction régionale de l’INSEE. Cette démarche est gratuite (annuaire des directions régionales sur http://www.insee.fr)*

Cette référence constituera votre identifiant dans vos relations avec les services administratifs.

**Partie 2 - Description et budget prévisionnel de l’action**

Remplir la partie 2 « **Description et budget prévisionnel de l'action** » pour chaque action. Vous devrez préciser si les dépenses sont présentées **HT ou TTC** suivant le régime fiscal de la structure.

**Partie 3 - Attestation sur l’honneur**

Cette fiche permet au représentant légal de la structure, ou à son mandataire, de signer la demande de subvention et d’en préciser le montant global.

**Partie 4 - Communication**

Cette partie rappelle les engagements de la structure vis-à-vis de la subvention obtenue pour le projet déposé.

**Pièces à joindre à votre dossier :**

Les **statuts régulièrement déclarés**.

La **liste** des personnes chargées de l’administration de l’association régulièrement déclarée(composition du conseil, du bureau, …).

Un **relevé d’identité bancaire**.

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

Les comptes approuvés du dernier exercice clos (compte de résultat et bilan financier).

Le rapport du commissaire aux comptes pour les associations qui en ont désigné un, notamment celles qui ont reçu annuellement plus de 153 000 euros de dons ou de subventions.

Le rapport de la dernière Assemblée Générale (rapport d’activité, moral et financier).

|  |
| --- |
| **Tout dossier incomplet ou non signé ne sera pas instruit**  **Tout dossier doit être transmis par voie électronique à l’adresse suivante :** [amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr](mailto:amiaitasspriorite1@nouvelle-aquitaine.fr)**.**  Les fichiers volumineux doivent être déposés sur une plateforme de stockage en ligne, puis leur lien intégré dans le mail de dépôt de dossier. |

**1- Présentation et budget prévisionnel de la structure :**

##### Identification de la structure :

NOM :

Sigle :

Objet :

Activités principales réalisées :

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

Téléphone :

Courriel :

Site internet :

Union, fédération ou réseau auquel est affiliée votre association *(indiquer le nom complet, ne pas utiliser de sigle).*

Nombre d’adhérents :

##### Identification du/de la représentant-e légal-e :

##### (Président-e ou autre personne désignée par les statuts)

NOM : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**Renseignements administratifs et juridiques :**

Numéro SIRET : I \_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Numéro NAF-APE : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

*(ex : 9499Z – organisations fonctionnant par adhésion volontaire)*

Date de publication de la création au Journal Officiel :  I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Votre association est-elle reconnue d’utilité publique ? oui non

Si oui, date de publication au Journal Officiel : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

##### Renseignements concernant les ressources humaines :

Nombre de bénévoles :

Nombre de salariés :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nombre** | **Équivalent temps plein** | **Nombre de travailleurs en situation de handicap** |
| Total |  |  |  |
| dont CDD |  |  |  |
| dont CDI |  |  |  |

**Budget prévisionnel de la structure**

Exercice en cours date de début : date de fin :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | MONTANT(2) | **PRODUITS (1)** | MONTANT(2) |
| **60 - Achat** |  | **70 - Vente de produits finis, prestations de services, marchandises** |  |
| Achats d'études et de prestations de service |  | Prestation de services |  |
| Achats non stockés de matières et fournitures |  |  |  |
| Fournitures non stockables (eau, énergie) |  | Vente de marchandises |  |
| Fourniture d'entretien et de petit équipement |  |  |  |
| Autres fournitures |  | Produits des activités annexes |  |
|  |  |  |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | **74- Subventions d’exploitation** |  |
| Sous traitance générale |  | Etat : (précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Locations -Entretien et réparation |  |  |  |
| Assurance |  | Région(s) : |  |
| Documentation |  | Département(s) : |  |
| Divers |  | Commune(s) : |  |
|  |  | Intercommunalité : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** - |  | Organismes sociaux (à détailler): |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  |  |  |
| Publicité, publication |  | Fonds européens : |  |
| Déplacements |  |  |  |
| missions |  | Emplois aidés : |  |
| Frais postaux et de télécommunications |  |  |  |
| Services bancaires, autres - |  | Partenariats privés : |  |
| Divers |  | - Mécénats : |  |
|  |  | - Sponsoring : |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | Autres recettes (précisez) |  |
| Autres impôts et taxes |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **64- Charges de personnel** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| Rémunération des personnels, |  | Dont cotisations |  |
| Charges sociales |  |  |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | **76 - Produits financiers** |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **66- Charges financières** |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **78 – Reprises amortissements/provisions** |  |
| **68- Dotation aux amortissements**  **(provisions pour renouvellement)** |  | **79 - transfert de charges** |  |
| **TOTAL CHARGES PREVISIONNELLES** |  | **TOTAL DES PRODUITS PREVISIONNELS** |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en**  **nature** |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et  Prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |
|  |  |  |  |

**Renseignements relatifs aux financements publics**

|  |  |
| --- | --- |
| **Financements publics** | **Obtenus année n-1** |
| **État** |  |
| **Région Nouvelle Aquitaine** |  |
| **Autres financements** *(Précisez)* |  |
|  |  |

**2 -Description et budget prévisionnel de l'action**

**⇨ Les axes et thématiques du projet :**

Le projet doit s’inscrire dans un des trois volets (\*) :

⬜ **Volet 1** : Innover en matière d’organisations et de pratiques collaboratives en santé dans les territoires.

⬜ **Volet 2** : Accompagner le déploiement des solutions numériques de santé sur les territoires**.**

⬜ **Volet 3 :** Permettre la créationd**’**hébergements territoriaux des étudiants en santé (HTES).

***(\*choix obligatoire)***

###### Personne chargée du suivi du dossier :

NOM : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

###### Présentation de l’action (joindre un calendrier détaillé) :

Intitulé :

Date de début de l’action :

Durée prévisionnelle de l’action :

**Description et objectifs de l’action :**

**A quel(s) besoin(s) cela répond-il ? Qui a identifié ce besoin ?**

**Méthode de mise en place du projet et comment l’action proposée va-t-elle permettre de favoriser l’accès aux soins et aux soignants dans les territoriales en déprise médicale :**

**Moyens humains pour ce projet :**

**Gouvernance :**  *décrire les relations avec les acteurs, les processus de décision et de suivi du projet*

**Extension(s) envisagée(s)?** *préciser les évolutions du dispositif*

**Calendrier de mise en œuvre :**

**Moyens d'évaluation et indicateurs au regard des objectifs de l'action :** *Préciser les modalités de collecte des données.*

**Risques et freins identifiés :**

**Public bénéficiaire (caractéristiques sociales, nombre, etc.) ?**

**Lieu(x) de réalisation de l'action :**

**Département(s) de réalisation de l'action :**

⬜ Charente ⬜ Charente-Maritime ⬜ Corrèze ⬜ Creuse

⬜ Deux-Sèvres ⬜ Dordogne ⬜ Gironde ⬜ Haute-Vienne

⬜ Landes ⬜ Lot-et-Garonne ⬜ Pyrénées-Atlantiques ⬜ Vienne

**Rayonnement de l’action :**

⬜ Départemental ⬜ Interdépartemental ⬜ Régional

⬜ Interrégional ⬜ National ⬜ International

**Pratiques tarifaires appliquées aux bénéficiaires de l’action (gratuité, tarifs modulés (volet 1), barème, prix unique, etc.) :**

Budget prévisionnel de l’action

Montant du budget en TTC ou HT : …..

Intitulé de l’action :

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL**

**DEPENSES**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Dépenses* | *Montant* | |
| *Présenté (€)* | *Présenté (%)* |
| ***Dépenses de personnel*** |  |  |
| Rémunération des personnels |  |  |
| Autres dépenses de personnel |  |  |
| ***Dépenses de déplacements/frais de mission*** |  |  |
| ***Dépenses de fonctionnement (frais généraux, frais de structure)*** |  |  |
| Frais d’organisation |  |  |
| ***Dépenses liées aux participants*** |  |  |
| Frais d’intervenants |  |  |
| ***Frais de commissaire aux comptes*** |  |  |
| ***Prestations de services*** |  |  |
| ***Dépenses d’amortissements*** |  |  |
| ***Contribution en nature*** |  |  |
| Bénévolat (\*) |  |  |
| ***Autres*** |  |  |
| Animation |  |  |
| ***Achats divers/consommables*** |  |  |
| ***Achats de terrain/bien immeuble*** |  |  |
| ***Travaux*** |  |  |
| ***Matériel/équipements*** |  |  |
| ***Recettes nettes générées en cours d’opération*** |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**RESSOURCES**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| *Financement* | | *Désignation du financeur* | *Montant* | | |
|  | | | |
| *Présenté (€)* | *Présenté (%)* | |
| ***Financements publics*** | |  | |  |  |
| Région | |  | |  |  |
| Département | |  | |  |  |
| Etat | |  | |  |  |
| Autres | |  | |  |  |
| ***Financements privés*** | |  | |  |  |
| ***Autofinancement*** | |  | |  |  |
|  | |  | |  |  |
| **TOTAL** | |  | |  |  |

(\*) Attention aux règles de valorisation comptable du bénévolat

**Renseignements relatifs aux financements publics de l’action, en cas de renouvellement**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Financements publics** | **Obtenus en année n-2** | **Obtenus en année n-1** |
| **État** |  |  |
| **Conseil Régional** |  |  |
| **Autres financements publics** *(Précisez)* |  |  |

**Joindre le budget réalisé de l’action en année n-1 en cas de renouvellement**

**3 -Attestation sur l’honneur**

**Cette rubrique doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou renouvellement) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.**

Je soussigné(e), (NOM et Prénom)

représentant(e) légal(e) de la structure maitresse d’ouvrage (nom, adresse, activité) :

- certifie que la structure maitresse d’ouvrage est régulièrement déclarée

- certifie qu’elle 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, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

- sollicite une subvention globale de : ……………………€ (*préciser HT ou TTC)* auprès de la Région Nouvelle-Aquitaine ;

- s’engage à transmettre les documents de bilan liés à l’action financée ;

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de la structure maitresse d’ouvrage :

NOM du titulaire du compte :

Banque :

Domiciliation :

***Ne pas oublier de joindre un RIB***

Fait le à

Signature

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du Code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’établissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

**4 -Communication**

**Coordonnées de la personne ressource « communication » :**

NOM : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

**Afin de valoriser le soutien régional, précisez quelles actions de communication vous envisagez de mettre en œuvre :**

**Supports visuels mis en place sur le site internet de votre structure :**

**Partenariats ou appositions possibles (affiches, presse, radio, télévision,…)**

**Autres types de communication envisagés :**

Le bénéficiaire s’engage à faire mention de la participation financière de la Région et fera figurer le logo-type (téléchargeable sur le site [www.nouvelle-aquitaine.fr](http://www.nouvelle-aquitaine.fr)) sur tous les documents d'information et de communication relatifs à l’action.

Un mois avant la date de l’action, le bénéficiaire s’engage à prendre l'attache des services de la Région pour organiser leur participation à cette occasion (présence d’un représentant, validation des cartons d'invitation, etc…).

Fait le à

Signature