

**APPEL A PROJET  
« ACCOMPAGNEMENT ET SOUTIEN DES PROCHES AIDANTS »  
ACTION SANITAIRE ET SOCIALE**

**STRUCTURE :**

**MONTANT SOLLICITE :**

**Personne à contacter : François DANIEL**

[francois.daniel@assurance-maladie.fr](mailto:francois.daniel@assurance-maladie.fr)

Service Action Sanitaire et Sociale

CPAM Haute Garonne

31 093 Toulouse Cedex 9

## I – PRESENTATION DE LA STRUCTURE

### SITUATION ADMINISTRATIVE

NOM DE LA STRUCTURE :

SIGLE DE LA STRUCTURE :

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 :

### 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, un état descriptif des biens meubles et immeubles)

#### N° DECLARATION A LA PREFECTURE

(S'il s'agit d'une première demande, joindre l'extrait de déclaration de la structure au journal officiel)

Si vous avez un agrément ou une certification (ARS, jeunesse et sport, préfecture...), merci de le joindre au dossier

#### PERSONNE CHARGEE DU DOSSIER AU SEIN DE LA STRUCTURE

Nom :

Prénom :

Téléphone :

Courriel :

#### II – PRESENTATION DU PROJET

#### MONTANT SOLLICITE PAR LA STRUCTURE

La structure sollicite une subvention de :

#### DESCRIPTIF DE L'ACTION CONCEREE PAR L'APPEL A PROJET « AIDE AUX AIDANTS »

**QUALIFICATION DES INTERVENANTS (niveau de formation, qualifications spécifiques sur la prise en charge du handicap et/ou de la maladie...)**

(Joindre obligatoirement les diplômes des intervenants ou les justificatifs des formations suivies)

**TARIFS PRATIQUES (mentionnant la participation demandée aux familles, les prises en charge éventuelles par d'autres organismes)**

(Joindre le détail des tarifs appliqués et des modalités d'interventions d'autres organismes contributeurs, indiquer le coût de revient de la prestation aux familles)

## SECTEUR GEOGRAPHIQUE D'INTERVENTION ET PUBLIC CIBLE

## ENVOI DE VOTRE DEMANDE

Votre demande dûment complétée doit être transmise **avant le 30 novembre 2024** accompagnée :

- Des statuts de la structure,
- De la déclaration de la structure à la Préfecture ou au Journal Officiel,
- Des comptes financiers de l'année N-1 (compte de résultat et bilan) signés par le Président de l'association ou établis par un expert-comptable,
- Du rapport d'activité de l'année N-1 (qui sera présenté à votre assemblée générale),
- Du budget prévisionnel de l'association présenté en équilibre pour l'exercice N,
- Du règlement intérieur,
- De la composition du Conseil d'Administration et du Bureau,
- D'un Relevé d'Identité Bancaire,
- De l'attestation de versements des cotisations URSSAF pour l'exercice écoulé,
- Des agréments dont bénéficient votre structure

De l'ensemble des pièces justificatives complémentaires demandées dans le présent dossier

à l'adresse suivante **avec en objet « Appel à projet Proches Aidants »**

[subventionsass.cpam-toulouse@assurance-maladie.fr](mailto:subventionsass.cpam-toulouse@assurance-maladie.fr)

Date .....

Signature du Président de l'Association