**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à projets 2017**

**CULTURE – SANTE / HANDICAP**

**EN NORMANDIE**

**PARTENARIAT ARS DE NORMANDIE - DRAC DE NORMANDIE– REGION NORMANDIE**

**CONSEIL DEPARTEMENTAL DE LA SEINE-MARITIME – CONSEIL DEPARTEMANTAL DE L’EURE – FONDS CAISSE D’EPARGNE NORMANDIE POUR L’INITIATIVE SOLIDAIRE–**

**INTITULE DU PROJET D’ACTION CULTURELLE :**

**En direction de (cochez au choix) :**

**🞏 Personnes hospitalisées 🞏 Personnes âgées 🞏 Personnes en situation de handicap**

**Nouveau projet annuel ou pluriannuel**

**(en prévision de la saison 2017 – 2018) : 🞏 Oui 🞏 NON**

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Poursuite d’un projet pluriannuel en cours**

**(à condition de la présentation d’un bilan n-1) : 🞏 Oui 🞏 NON**

1. **Partenaire sanitaire et/ou médico-social (nom complet de la structure et localisation):**
2. **Partenaire culturel (nom complet de la structure et localisation) :**
3. **Autre(s) partenaire(s) associé(s) à l’action (nom complet de la structure et localisation :**

**Montant total de la subvention demandée 2017 :**



Le dossier, dûment complété avec le partenaire culturel, doit être **transmis par la structure sanitaire et/ou médico-sociale (porteur du projet),** envoyé sous format pdf avec la page comportant les signatures scannées dans un même courriel, **en mentionnant dans l’objet du message le nom de la structure d’où émane le projet** à :

* [isabelle.aube@ars.sante.fr](mailto:isabelle.aube@ars.sante.fr) (avec une version papier par voie postale à l’ARS de Normandie, Espace Claude Monet, 2 place Jean Nouzille, 14 000 Caen)
* julie.leroi@normandie.fr
* [**eac-dc.drac.normandie@culture.gouv.fr**](mailto:eac-dc.drac.normandie@culture.gouv.fr)
* [nathalie.ponthieux@seinemaritime.fr](mailto:nathalie.ponthieux@seinemaritime.fr) (uniquement pour les structures médico-sociales concernées sur le territoire de la Seine-Maritime)
* [ada.wujek@eure.fr](mailto:ada.wujek@eure.fr) (uniquement pour les structures médico-sociales concernées sur le territoire de l’Eure).

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **1** | **Partenaires du projet** | | |
|  | |  | |
| **1-1** | | **Présentation de la structure sanitaire ou médico-sociale (1)** | |
| **Nom de la structure sanitaire ou médico–sociale :** | | | **Nom de la structure médico-sociale gestionnaire :** |
| Adresse complète: | | | Adresse complète : |
| CP  et Ville : | | | CO et Ville |
| Courriel : | | | Courriel : |
| Site internet : | | | Site internet : |
| Directeur de la structure sanitaire et/ou médico-sociale : | | | Président de la structure gestionnaire médico-sociale : |

|  |
| --- |
| Raison sociale (Statut juridique) :  Capacité (nombre de lits et de places) :  Type d’activités : |
| N°SIRET (obligatoire)**:**  N° FINESS :  RIB (obligatoire) : |
|  |
| **Personne en charge du projet :**  **Fonction dans la structure :**  Tél : Courriel : |

1. *Cf. liste des structures dans le cahier des charges Culture-Santé / Handicap 2017.*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1-2** | | **Présentation de la structure culturelle** | | | |
|  | |  | | | |
| **Le partenaire culturel est une personne morale engagée dans des projets culturels en Normandie.**  **Il est reconnu pour son travail de création, de diffusion, de médiation, artistiques et culturelles ou de valorisation des patrimoines.**  **Il est soutenu à ce titre, ponctuellement ou régulièrement, par le Ministère de la Culture et par la Région.**  **Il développe un projet artistique et culturel dans lequel cette action culturelle trouve sa place.** | | Indiquez le nom complet de votre structure et son sigle :  Indiquez la catégorie de structure de laquelle elle relève :  Les responsables de la structure:   * Président : * Directeur :   Raison sociale :  Identification du référent désigné pour suivre le projet :  Fonction dans la structure culturelle :  Tél :  Courriel : |
| Adresse complète de la structure : | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| CP : | Ville : |

|  |
| --- |
| Courriel: |

|  |
| --- |
| Site internet : |
| SIRET (obligatoire) : |
| Numéro de la licence entrepreneur du spectacle : |
| Date de validité de la licence : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **1-3** | | **Autre(s) partenaire(s) du projet (facultatif) (2)** |
| Nom de la structure : Nom du directeur : | |
| Coordonnées de la structure : | |
| Identification de la personne en charge du projet : | |
|  | |
| Nom de la structure : Nom du directeur : | |
| Coordonnées de la structure : | |
| Identification de la personne en charge du projet :   1. *Une collectivité locale, un établissement scolaire, structure socio-culturelle… peuvent être associés au projet pour favoriser l’ancrage territorial du projet* | |

|  |
| --- |
| **Déclaration sur l'honneur**  *Code pénal - articles 441-6 et 441-7 - Livre IV : délits contre l’État* |

**La structure sanitaire ou médico-sociale**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je soussigné(e), |  | Mme | M. |  | Mme | | M |
| Nom, Prénom : |  | | | Nom, Prénom |  | | |
| Directeur (trice) |  | | | Président(e) |  | | |
| De la structure sanitaire et/ou médico-sociale |  | | | De la structure gestionnaire médico-sociale |  | | |
| SIRET : |  | | | | | | |
| RIB (à fournir) |  | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | certifie(nt) exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions introduites auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires | |  | déclare(nt), m/s'engage(nt) à mettre en place le projet ici détaillé dans le respect du cahier des charges de l'appel à projets 2017 | |  | déclare(nt), m/s’engage(nt), en cas d'avis favorable, à indiquer la mention «projet soutenu dans le cadre du programme régional culture-santé/ handicap» ainsi que les logos de l’ensemble des partenaires, conformément à leurs chartes graphiques | |  | déclare(nt), m/s’engage(nt), en cas d'avis favorable, à informer les partenaires de l'avancée du projet. | | | | | | | SIGNATURES DU/DE LA PRESIDENT(E) /  Et DU DIRECTEUR(TRICE)  OBLIGATOIRE  APPOSER LE CACHET ICI ▲ | |

**La structure culturelle**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Je soussigné(e), | | | Mme | M |  | | | Mme | | M |
| Prénom, Nom : | |  | | Prénom, Nom : | | | |  | | |
| Président(e) | |  | | Directeur (trice) | | | |  | | |
| SIRET : | |  | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | |  | certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions introduites auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires | |  | m'engage à mettre en place le projet ici détaillé dans le respect du cahier des charges de l'appel à projets 2017 | |  | m'engage, en cas d'avis favorable, à indiquer la mention «projet soutenu dans le cadre du programme régional culture-santé/ handicap» ainsi que les logos de l’ensemble des partenaires, conformément à leurs chartes graphiques | |  | m'engage, en cas d'avis favorable, à informer les partenaires de l'avancée du projet. | | | | | | | | | | SIGNATURE DU / DE LA PRESIDENT(E) / DIRECTEUR(TRICE)  OBLIGATOIRE  APPOSER LE CACHET ICI ▲ | |
|  | certifie que l'association / structure est régulièrement déclarée et inscrite dans le cadre réglementaire en vigueur dans la discipline artistique concernée. | | | | |  | certifie que l’association/structure est en règle de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales et des cotisations et paiements correspondants | | | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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.* | précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l’association **(RIB A FOURNIR)** | | | Code banque :  Code guichet :  Numéro de compte :  clé RIB : | |
| **2** | **Présentation du projet d’action culturelle** | |

**🡺pour une demande d’aide à sa mise en place en 2017/2018**

**RAPPEL DE L’INTITULE DU PROJET :**

**TERRITOIRE DE REALISATION (quartier, commune, EPCI, département…) :**

**RAPPEL DU PUBLIC VISE**

**🞏 Personnes hospitalisées 🞏 Personnes âgées 🞏 Personnes en situation de handicap**

**(Précisez) : 🞏🡺Jeunes 🞏🡺 Adultes**

**Discipline(s) artistique(s) concernée(s) :**

**Objectifs communs et partagés par les partenaires** :

-

-

-

**Â quel enjeu répond ce projet** ?

**Présentation synthétique du projet :**

**Durée du projet envisagée : 🞏 1 an maximum (précisez) :**

**🞏 pluri-annuel (précisez) : 🞏🡺 2 ans**

**🞏🡺 3 ans maximum**

**Public bénéficiaire :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre de personnes directement impliquées par le projet : | De quel service ? : |
| Nombre de personnes touchées indirectement (familles, usagers, personnels …) : | de quelle manière ? |
| Nombre de publics autres (habitants, scolaires…) : | de quelle manière ? |

**Calendrier prévisionnel du projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Action(s) prévue(s) | Période de réalisation (jour, mois…) | Lieu(x) d’intervention |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Nombre total d'interventions culturelles et/ou artistiques :

**🡺 Nombre de jours, précisez :**

**🡺Nombre d’heures, précisez :**

|  |
| --- |
| **Description détaillée du projet** |

* **POUR LA STRUCTURE SANITAIRE ET/OU MEDICO-SOCIALE**

**Dans quel contexte s’inscrit le projet (en référence au projet d’établissement, de vie, de service…) ?**

**Quel(s) est/sont le(s) service(s) mobilisé(s) ?**

**En quoi le projet entre-t-il en cohérence avec les projets individuels des bénéficiaires ?**

|  |
| --- |
| **Quelles sont les modalités d’accompagnement et/ou d’encadrement pour la mise en place du projet ?** |

|  |
| --- |
| **Comment est envisagé  le rayonnement du projet dans la structure sanitaire et/ou médico-sociale et sur son territoire?** |

* **POUR LE PARTENAIRE CULTUREL:**

**Qui sont les intervenants culturels et artistiques (noms, prénoms et rôles dans le projet) / , joindre si possible CV avec références :**

**Quelles sont les modalités de médiation culturelle et/ou artistiques envisagées pour répondre au contexte présentée par la structure sanitaire et/ou médico-sociale ?**

**Note synthétique d’intention artistique et ou culturelle (précisez) :**

|  |
| --- |
| **Une dimension numérique du projet est-elle envisagée? 🞏Oui 🞏Non**  **Si oui, laquelle ? (Restitutions : captation sonore ou vidéo, Web doc, applications smartphones, vidéos en ligne, installations interactives, prototype 3D... ) :** |

**BUDGET Prévisionnel**

La subvention Culture-Santé / Handicap est attribuée pour réaliser le projet d’action culturelle présentée dans ce dossier de candidature. Elle ne doit pas couvrir les frais de fonctionnement de la structure sanitaire ou médico-sociale ni ceux de la structure culturelle partenaire.

Si l’action retenue et aidée n’est pas réalisée, la subvention octroyée devra être restituée aux partenaires financeurs concernés.

|  |  |
| --- | --- |
| Rémunération d'artistes et professionnels de la culture (cachets, honoraires…) | € |
| Déplacements, missions (frais d’hébergement, de bouche) | € |
| Achat de matières et fournitures | € |
| Locations, entretien et réparation – Assurance (frais généraux techniques et logistiques…) | € |
| Publicité, publication (communication et édition diverses…) | € |
| **Montant total global** | € |

La subvention demandée de ……………€ représente ..… % du total des produits

* (Ne pas indiquer les centimes d'euros).

**🡺 VALORISATION DES CHARGES INDIRECTES AFFECTEES A L'ACTION**

Les moyens humains et structurels mis en place par l’établissement sanitaire et/ou médico-social ou par le partenaire culturel peuvent être valorisés dans le budget.

* Est-il prévu une participation financière des bénéficiaires (ou du public visé) du projet ?
* Quelles sont les pratiques tarifaires appliquées (gratuité, tarifs modulés, barème, prix unique, etc) ?
* Autres observations sur le budget prévisionnel de l'opération :

**Tableau budgétaire**

**🡺 Le total des charges doit être égal au total des produits.**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** Montant  CHARGES DIRECTES |  | **PRODUITS** Montant  RESSOURCES DIRECTES |  |
| 60 – Achats de marchandises, prestations de services  Achats matières et fournitures  Autres fournitures |  | 70 – Vente de produits finis, Prestations de services |  |
|  |  | 74- Subventions |  |
| 61 - Services extérieurs  Locations - Entretien et réparation - Assurance |  | **Subvention 2017**  **Culture-Santé / Handicap** |  |
| Documentation |  |  |  |
| **62 - Autres services extérieurs Rémunérations d’artistes et professionnels de la culture intermédiaires et honoraires… \*) :**  Publicité, publication (communication et Edition etc.) :  Déplacements, missions :  Services bancaires, autres |  | Collectivités territoriales (à préciser…) |  |
| 63 - Impôts et taxes  Impôts et taxes sur rémunération :  Autres impôts et taxes |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
|  | Fonds européens: |  |
| 64- Charges de personnel  Rémunération des personnels :  Charges sociales : |  | Autres établissements publics : |  |
|  |
| Autres charges de personnel : |  | Aides privées |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

* **Taux horaire indicatif minimum de 50 €/heure (TTC)**

**🡺 CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES PRIS EN CHARGE PAR LA STRUCTURE DE SANTE ET/OU CULTURELLE**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 86- Emplois des contributions volontaires en nature |  | Contributions volontaires en nature |  |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |

L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera demandé au moment du paiement si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées. Le bilan devra faire figurer la réalité des montants reçus.

**PIECES ADMINISTRATIVES À FOURNIR (OBLIGATOIRE)**

**Pour la structure sanitaire, médico-sociale et la structure culturelle :**

* **Le RIB**
* **L’avis de situation au répertoire SIRENE**

**Pour la structure culturelle uniquement :**

* **Les statuts et la liste des membres du bureau**
* **le compte-rendu d'activités n-1**
* **les comptes  certifiés n-1**
* **le rapport du commissaire aux comptes**

**ANNEXE 1**

**(à retourner impérativement aux partenaires)**

Bilan du projet 2016

|  |  |
| --- | --- |
| *Nom du référent-rédacteur* |  |
| *Date de rédaction* |  |
| *Pièce(s) jointe(s)* |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **INTITULE DU PROJET** |  |
| **TERRITOIRE CONCERNE** |  |
| **Domaine(s) artistiques et/ou culturels** |  |
| **Structure sanitaire et/ou médico-sociale** |  |
| **Structure(s) culturelle(s)** |  |
| **Convention de partenariat** | **Oui (à fournir)  Non** |

**Public(s) / Services visé(s):**

**-**

**-**

**-**

Rappel des Objectifs

Description synthétique :

* **Nom du ou des intervenant(s) :**

**-**

**-**

**-**

* **Lieu(x) de mise en place :**

**-**

**-**

**-**

* **Les différentes étapes calendaires :**

**-**

**-**

**-**

**-**

**-**

* **Temps d’intervention / réalisation du projet  (volume horaire, temps d’animation, coordination du projet…) :**

Valorisation du projet (Communication, traces ecrites, autres…)

-

-

-

Bilan qualitatif

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs poursuivis** | **Actions/résultats** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Points positifs** |  |
| **Points négatifs** |  |

Bilan quantitatif

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Date** | **Ateliers, rencontres…** | **Nombre**  **Publics impliqués** | **Nombre Publics**  **touchés** | **Nombre Total**  **(obligatoire)** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Budget realisé

**Dépenses Recettes**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Coût TTC** | **Charges** | **Coût TTC** |
| **Rémunération Artistes…** |  | **Subvention(s) Culture-Santé / Handicap (à préciser)** |  |
| **Frais déplacement** |  | **Structure sanitaire ou médico-sociale (fonds propres)**  **Structure culturelle (fonds propres)** |  |
| **Fournitures, communication** |  | **Collectivité territoriale…** |  |
| **Frais de Réception** |  | **Ville** |  |
| **Coordination du projet (etc.)** |  | **Autres partenaires** |  |
| **Total** |  | **Total** |  |