**Subvention de Fonctionnement**

**Structure Porteuse de l’action :**

**Nom du (de la) Président/Maire :**

**Adresse du siège :**

**@ :**

**Personne en charge du dossier :**

**📞 :**

**Statut juridique : Siret**

**⌛ DATE LIMITE DE DEPOT DU DOSSIER**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATE LIMITE DE DEPOT DU DOSSIER COMPLET** | **COMMISSIONS SOCIALES** |
| 10 janvier | 10 février |
| 17 février | 17 mars |
| 28 mars\* | 28 avril\* |
| 18 avril\* | 19 mai\* |
| 23 mai | 23 juin |
| 08 août | 08 septembre |
| 15 septembre | 13 octobre |
| 17 octobre | 17 novembre |
| 07 novembre | 08 décembre |

\*⚠️**Attention**: **Les dossiers d'aide au fonctionnement annuel (fonctionnement général de l’association) seront examinés uniquement aux commissions des mois d’avril et de mai**. Les dossiers complets devront être transmis au service d’Action Sociale impérativement avant le **28 mars 2025 pour la Commission d’avril et avant le 18 avril 2025 pour la Commission de mai.**

**Merci d’adresser ce dossier à votre Chargée de Conseil et Développement**

**Et sur la Boite Partenaire à l’adresse suivante :** [partenaires.as@caf08.caf.fr](mailto:partenaires.as@caf08.caf.fr)

**PRÉSENTATION DE L’ACTION 2025 :**

###### Action spécifique Fonctionnement annuel

**Intitulé de l’action**

**Montant sollicité :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Montant sollicité** |
| **Fonctionnement** | ….. € |

**⚠️Important : Si vous avez bénéficié d’une subvention de fonctionnement en 2024, merci de joindre le compte de résultat provisoire ou définitif et un bilan d’activité signés à cette demande.**

1. **Quels constats / diagnostic justifient votre action ?**

**2)** **Décrivez votre projet :**

**3) Quels sont les objectifs de l’action ?**

**4) Quels sont les publics visés et le nombre de personnes envisagées ?**

**5) Précisez l’échéancier et le lieu de l’action :**

**6) Remarques**

Merci de compléter le budget prévisionnel 2025 de l’action/de fonctionnement et si vous avez bénéficié d’une subvention en 2024 le compte de résultat :



**Fait à ……………..……………..….. Le …………………………………**

**Nom et Prénom du signataire……………………………. Fonction : ………………..…….…**

**Cachet**

**Signature**

**Pièces justificatives à fournir pour l’étude du dossier**

* **Associations**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs à fournir pour la signature de la première convention** | **Justificatifs à fournir pour la signature du renouvellement de la convention** |
| **Existence légale** | - **Pour les associations** : récépissé de déclaration en Préfecture et sa publication au Journal officiel des associations et fondations d’entreprises (JOAFE)  - **Pour les Cse** : procès-verbal des dernières élections constitutives | - Attestation de non-changement de situation  - Attestation de vigilance Urssaf valide de moins  de 6 mois |
| Attestation de vigilance Urssaf  valide de moins de 6 mois |
| Numéro SIREN et SIRET pour la ou les entité(s) bénéficiaire(s) du financement prévu par la présente convention |
| **Vocation** | Statuts en vigueur datés et signés |
| **Destinataire du paiement** | Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN ou caisse d'épargne du bénéficiaire de l'aide |
| **Capacité du contractant** | Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau de moins de 12 mois | Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau de moins de 12 mois |
| **Bilan** | / | Bilan d'activité 2024  *(global ou de l’action financée)* |

* **Collectivités territoriales – Etablissements publics**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs à fournir pour la signature de la première convention** | **Justificatifs à fournir pour la signature du renouvellement de la convention** |
| **Existence légale** | Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU/SIVOM/EPCI/ Communauté de Communes et détaillant le champ de compétence | Attestation de non-changement de situation  Attestation de vigilance Urssaf valide de moins de 6 mois  (pour les personnels vacataires) |
| Attestation de vigilance Urssaf valide de moins de 6 mois (pour les personnels vacataires) |
| Numéro SIREN et SIRET pour la ou les entité(s) bénéficiaire(s) du financement prévu par la présente convention |
| **Vocation** | Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les champs de compétence) |
| **Destinataire du paiement** | Relevé d'identité bancaire, postal, IBAN |  |
| **Bilan** | / | Bilan d'activité 2024  *(global ou de l’action financée)* |

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT DE SITUATION D’UNE ASSOCIATION**

Je, soussigné(e) ………………………..………………………………………………

En qualité de Président(e) :

De l’association…………………………………………………………………………

Domiciliée à ………………………………………………………………………………

Certifie qu’il n’y a pas de changement concernant (cases à cocher) :

Récépissé de déclaration en Préfecture

Numéro SIREN / SIRET

Statuts

Relevé d’Identité Bancaire ou Postal

Fait à ……………………………….………… Le ....……………………………..……………

Signature :

**Joindre :**

**- La liste datée des membres du bureau (nom et qualité) et du Conseil d’Administration**

**- Les pièces ci-dessus ayant fait l’objet d’une modification.**

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT DE SITUATION D’UNE COLLECTIVITE TERRITORIALE**

Je, soussigné(e) ………………………..…………………………………………………………..

En qualité de (Maire/Président(e)) :………………………………………………………………

De (nom de la collectivité) ……………………………………………………………………

Certifie qu’il n’y a pas de changement concernant (cases à cocher) :

Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU / SIVOM / EPCI / Communauté de

Communes

Numéro SIREN / SIRET

Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les

champs de compétence)

Relevé d’Identité Bancaire

Fait à ……………………………….………… Le ....……………………………..……………

Signature et cachet :

**Joindre :**

**- Les pièces ci-dessus ayant fait l’objet d’une modification.**