****

**2024**

**Demande d’aide financière**

**au fonctionnement ou à l’investissement**

***Dossier de demande à déposer avant le démarrage des achats/travaux***

**Fonds Publics & Territoires**

**Demande à retourner sous format PDF à l’adresse suivante :**

**action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr**

Le fonds « publics et territoires » (Fpt) contribue à accompagner les besoins spécifiques des familles et des territoires. A ce titre, il participe aux objectifs de développement des offres aux familles, de réduction des inégalités territoriales et sociales, réaffirmés dans le cadre de la Convention d’objectifs et de gestion (Cog) 2023-2027.

En complément des prestations légales et des prestations de service, ce fonds permet d’accompagner les partenaires de la Caf à développer des solutions pour répondre aux besoins des familles et aux configurations territoriales spécifiques.

1. Identité du porteur de projet

**Statut de votre structure :**

Collectivité territoriale  Association  CCAS

Entreprise  Autre précisez :

Si statut associatif précisez le type et la date de publication de la création au Journal Officiel ainsi que le nombre d’adhérents :

Nom de l’équipement :

Nom du gestionnaire :

Adresse :

Code postale : Ville :

**Informations générales :**

- Champs d’activités :

- Missions :

- N°SIRET :

**-** Rayonnement géographique**:**

La commune  L’intercommunalité

Le département  La région

Autre précisez :

|  |  |
| --- | --- |
| **Représentant légal** | **Personne en charge de la demande** |
| Nom :  Fonction :  Adresse :  Tél :  Mail : | Nom :  Fonction :  Adresse :  Tél :  Mail : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Reconduction de l’action** | Cette demande de subvention concernant cette action constitue :  Première demande  Renouvellement d'une demande |
| **En cas de renouvellement d’une demande** | Précisez le montant attribué en N-1 : |
| Avez-vous transmis le bilan qualitatif et financier ? :  Oui   Non  Si vous avez coché « non », veuillez **joindre** à cette présente demande le **bilan de votre action.** Dans le cas contraire, votre demande de renouvellement ne sera pas étudiée. |
| Précisez la fréquence des renouvellements :  1er année  2eme année  3eme année et plus |

2. Le diagnostic - *identification du besoin au regard du contexte local*

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet :** | |
| **Objectifs :** | |
| **Territoire concerné** par l’action | La commune  L’intercommunalité  Le département  La région   Autre précisez : |
| **Territoire concerné** | Territoire urbain  Territoire rural  Quartier politique de la ville  Zone de revitalisation rurale |
| **Problématique identifiée à l’origine du projet** (problématique de territoire, liée au public accueilli, constats, difficultés ; diagnostic…) |  |
| **A quel axe du projet social de territoire (CTG) répond votre action ?** |  |
| **En quoi votre action s’inscrit dans la dynamique du territoire en matière de développement de l’offre de service aux familles (Ctg, PEdT, projet social d’une structure AVS…) ?** |  |

3. Fonds Publics et territoires *– à compléter uniquement si le projet s’inscrit dans l’un des axes (cf orientations 2023)*

|  |  |
| --- | --- |
| **A quelle orientation du Fonds Publics et territoires votre projet contribue-t-il ?** *(cocher* la *case correspondante)* | **Mentionnez le volet concerné et, décrivez votre projet en précisant en quoi ce dernier répond à un axe du Fonds Publics et Territoires ? Expliquez la mise en œuvre opérationnelle de votre projet.** |
| **Axe 1 : Accueil des enfants et adolescents en situation de handicap dans les structures et services de droit commun.**  Volet 2 : engager les professionnel·les de la petite enfance dans l’inclusion des enfants porteurs de handicap  Volet 3 : renforcer les dynamiques inclusives en Alsh  Volet 4 : Favoriser l’inclusion des enfants et adolescents en situation de handicap dans les autres services d’accueil  **Axe 2 : Amélioration de la qualité et de l’accessibilité de l’accueil collectif et individuel du jeune enfant.**  Volet 1 : Favoriser l’accessibilité des modes d’accueil du jeune enfant  Volet 2 : Enrichir les projets d’accueil, la composition et la qualification des équipes en Eaje  Volet 3 : Faciliter le recours à l’accueil individuel et accompagner la qualité des pratiques et des carrières professionnelles en accueil individuel.  **Axe 3 Favoriser l'engagement et la participation des enfants et des jeunes**  Volet 1 : Renforcer l'accès des enfants et des adolescents aux loisirs éducatifs en accompagnant le développement d'une offre de loisirs en faveur des publics les plus vulnérables et en soutenant l’essaimage d’initiatives concourant à l’éveil citoyen, artistique, culturel, scientifique et écologique.  **Axe 4 : Maintien et développement des services aux familles dans des territoires spécifiques.**  Volet 1 : Soutenir les services aux familles implantées dans des territoires en difficulté.  Volet 2 : Développer les projets itinérants adaptés à la configuration des territoires.  **Axe 6 (volet 3) : Appui aux démarches innovantes** **faisant intervenir la participation des usagers / des publics dans le processus d’'élaboration.**  **Axe 7 (volet 2) : Contribuer à la promotion et à l’émergence de nouvelles formes de logement en faveur des jeunes adultes et des familles.** |  |

4. Déroule du projet et évaluation

|  |  |
| --- | --- |
| Quelle est la date de réalisation du projet et sa date de fin ? | Du au |
| **Public visé par le projet**  *(tranche d’âge, nombre de bénéficiaires du projet,…)* |  |
| **Quels sont les partenaires impliqués dans le projet et quelle est leur contribution ?** | **⮊ Partenaires impliqués**  **⮊ Complémentarité des actions**  **⮊ Pilotage de l’action (instances…)** |
| **Freins et leviers du projet** |  |
| **Ressources existantes** | **⮊ Ressources humaines**  **⮊ Ressources financières** |
| **Accompagnement du public** | **⮊ Modalités d’information et d’accompagnement**  **⮊ Modalités d’implication et de participation** |
| **Impacts attendus**   * **Pour les bénéficiaires** * **pour les familles** * **pour le territoire** |  |
| **Quels sont les indicateurs d’évaluation au regard des objectifs ?** |  |

**Les objectifs du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectif général** |  |

**Pour les demandes de subventions de fonctionnement :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objectifs opérationnels** | **Actions à mettre en œuvre** *(préciser les modalités d’accueil, les échéances, …*) | **Indicateurs d’évaluation** | |
| **Définition de l’indicateur** | **Objectifs chiffrés** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**Pour les projets relevant de l’axe 6 uniquement** :

|  |  |
| --- | --- |
| **En quoi votre projet est innovant ?** |  |
| **Quelles sont les modalités de réplication du projet sur d'autres territoires que le territoire d'expérimentation ?** |  |

**Pour les projets relevant de l’axe 7 uniquement :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Domaine concerné par le projet** | **Création habitat ‘’alternatifs’’**  Intergénérationnel  Solidaire  Partagé  Adapté  Autre : ……………………….  **Création mise en relation offre et demande de logement** |
| **Publics visés** | Jeunes adultes (-30 ans)  Adultes isolés  Ménages sans enfant  Ménages avec enfant  Seniors (+ de 60 ans)  Personnes en situation de handicap |
| **Type d’occupation des logements concernés par le projet** | Location  Colocation  Intermédiation locative  Sous location  Autre, précisez : …………………………. |
| **En quoi votre projet est innovant ?** |  |

**SYNTHESE DE VOTRE DEMANDE**

*Afin de faciliter la prise de décision de notre conseil d’administration, merci de compléter* ***obligatoirement*** *ce schéma en étant le plus clair et concis possible :*

Qu’est-ce que la Caf va financer ? *matériel, poste, prestataire, frais, formation, ….*

Pour quel montant ?

Co-financement ?

Résultats attendus ?

5. Budget prévisionnel de l’action *– Exercice 2024 - Veuillez indiquer exclusivement les dépenses de fonctionnement spécifiques à l’action.* ***A DUPLIQUER SI DEMANDE PURIANNUELLE***

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Charges | | | Montant | Produits | Montant | |
| **Charges directes affectées à l’action** | | | | **Ressources directes affectées à l’action** | | |
| **60 – Achat** |  | | | **70 – Vente de produits finis, prestations de services**  **marchandises** | |  |
| Achats matières et fournitures |  | | | **74- Subventions d’exploitation(1)** | |  |
| Autres fournitures |  | | | Etat: (précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) | |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | | | - | |  |
| Locations |  | | | - | |  |
| Entretien et réparation |  | | | CAF Fonds propres | |  |
| Assurance |  | | | -CAF Prestation de service | |  |
| Documentation |  | | | -CAF Montant sollicité | |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | | | Département(s) : | |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | | | - | |  |
| Publicité, publication |  | | | Commune(s): | |  |
| Déplacements, missions |  | | | - | |  |
| Services bancaires, autres |  | | | - | |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | | | Organismes sociaux ( à détailler): | |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | | | - | |  |
| Autres impôts et taxes |  | | | - Région | |  |
| **64- Charges de personnel** |  | | | Fonds européens | |  |
| Rémunération des personnels |  | | | CNASEA (emploi aidés) | |  |
| Charges sociales |  | | | Autres aides, dons ou subventions affectées : Fondation de France | |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | | | **75 - Autres produits de gestion courante** | |  |
| **66- Charges financières** |  | | |  | |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | | | **76 - Produits financiers** | |  |
| **68- Dotation aux amortissements** |  | | | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** | |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | | | **TOTAL DES PRODUITS** | |  |
| **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** | |  | | **TOTAL** | |  |

**A compléter pour les demandes d’aides à l’investissement**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DEPENSES** | **MONTANT *(1)*** | **RECETTES** | **MONTANT** |
| Travaux de rénovation de locaux |  | Apport personnel du demandeur |  |
| Achat de matériel pédagogique |  | Prêt sollicité auprès d’un établissement financier |  |
| Achat de matériel de transport |  | Subvention Etat |  |
| Acquisition du matériel informatique (ordinateurs(s), logiciel (s), …) |  | Subvention Région |  |
| Autres (précisez) :  …………………………….. |  | Subvention Département |  |
|  |  | Subvention Epci |  |
|  |  | Subvention Commune |  |
|  |  | Subvention Entreprises privées |  |
|  |  | Subvention Caf |  |
|  |  | Autres subventions (précisez) |  |
| **Total** |  | **Total** |  |

* *HT pour les collectivités territoriales*

*TTC pour les associations*

***NB : le budget doit être équilibré (total dépenses = total recettes)***

**Merci de joindre les devis détaillés des travaux ou des acquisitions**

**ATTESTATION DU DEMANDEUR**

Le responsable légal certifie exacts les renseignements joints à l’appui de la présente demande et accepte de communiquer à la Caf, tout document complémentaire destiné à les vérifier.

Il s’engage à permettre à la Caisse d’allocations familiales d’opérer tout contrôle qu’elle jugera nécessaire sur les aides octroyées (réalisation effective de l’opération, affectation des montants dépensés).

Fait à …………………………………………, le (date)…………………………………………….

Nom, prénom du responsable légal : ……………………………………………………………….

**Signature du demandeur Cachet du demandeur**

Liste des pièces justificatives à joindre *(ne pas fournir celles qui ont déjà été produites pour un autre dossier)*

I .1 – Associations – Mutuelles – Comités d’entreprise

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs nécessaires à la signature de la convention** |
| **Existence légale** | - Récépissé de déclaration en Préfecture, numéro SIRET et SIREN |
| **Vocation** | - Statuts datés et signés – chiffres clés – nombre d’adhérents, effectif salarié… . |
| **Régularité face aux obligations légales et réglementaires** | - Attestation du promoteur relative au respect des obligations sociales.  - Attestation précisant que le promoteur a recours à un commissaire aux comptes pour les associations recevant des subventions d’un montant global ≥ à 153.000 € ou si 2 des 3 conditions suivantes sont remplies : effectif ≥ 50 salariés, CA ≥ 3.100.000 €, total du bilan>1.550.000 € |
| **Capacité du contractant** | - Liste des membres du Conseil d’Administration et du bureau  - Délibération du Conseil d’Administration autorisant le contractant à signer |
| **Engagement à réaliser l’opération** | - Délibération du Conseil d’Administration autorisant l’opération d’investissement  - Attestation précisant que le promoteur ne fait pas l’objet d’une mesure de redressement judiciaire ou n’est pas en liquidation judiciaire. |
| **Destinataire du paiement** | - Relevé d’identité bancaire, postal ou caisse d’épargne du promoteur. |

#### I .2 – Collectivités territoriales – Etablissements publics

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs nécessaires à la signature de la convention** |
| **Existence légale** | - Délibération de l’instance compétence autorisant l’opération d’investissement et son représentant à signer  - Arrêté préfectoral portant création d’un SIVU/SIVOM/EPCI/ Communauté de communes et détaillant le champ de compétence |
| **Vocation** | - Statuts datés et signés. |
| **Régularité face aux obligations légales et réglementaires** | - Attestation du promoteur relative au respect des obligations |
| **Destinataire du paiement** | - Relevé d’identité bancaire, postal ou caisse d’épargne. |

#### 1.3 Entreprises- Groupements d’entreprises- Sociétés

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatifs nécessaires à la signature de la convention** |
| **Existence légale** | - Extrait du registre du commerce, numéro SIRET |
| **Vocation** | - Statuts datés et signés |
| **Régularité face aux obligations légales et règlementaires** | - Attestation du promoteur  - Attestation URSSAF |
| **Capacité du contractant** | - Statuts extraits K bis du registre du commerce |
| **Engagement à réaliser l’opération** | - Attestation précisant que le promoteur ne fait pas l’objet d’une mesure de redressement judiciaire ou n’est pas en liquidation judiciaire. |
| **Destinataire du paiement** | - Relevé d’identité bancaire, postal ou caisse d’épargne du promoteur. |
| **Pérennité** | - Compte de résultat et bilan relatifs à l’année précédant la demande (le cas échéant) |

**ATTESTATION DE NON-CHANGEMENT**

**Document à compléter, à signer et à transmettre**

**à la Caf (**[**action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr**](mailto:servicepartenaires@caf30.caf.fr)**)**

**suite à votre demande dans le cadre des Fonds Publics et Territoires**

Je soussigné ……………………, Président(e), Maire (rayer la mention inutile)

De ……………………………………………………………………………………

□ Atteste être en conformité avec les obligations légales, sociales et réglementaires

□ Atteste du non changement de l’existence légale, des statuts et des coordonnées bancaires

1. Fait à ……………………… le ………………………..
2. Signature

**FICHE BILAN**

**SUBVENTION DE FONCTIONNEMENT**

**A retourner à la Caf du Gard**

[**action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr**](mailto:action-sociale-partenaires@caf30.caf.fr)

|  |
| --- |
| Nom du gestionnaire bénéficiaire de la subvention Caf : |
| Nom du projet : |
| L’année et le montant accordé :  Année ->  Montant accordé -> |
| **BILAN QUALITATIF** |
| Description du projet |
| Date(s) et lieu(x) de réalisation du projet - Nombre de personnes bénéficiaires |
| Impacts sur le territoire / les publics / la structure bénéficiaire |

**BILAN FINANCIER**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant** | **Recettes** | **Montant** |
| **Achats** |  | **Participations familiales** |  |
| Fournitures *(à préciser)*  *…………………………* |  | **Subventions** |  |
| Prestations de service *(à préciser)*  *…………………………..* |  | Subvention Etat (Ddets, …) |  |
| **Services** |  | Subvention Conseil Régional |  |
| Location *(à préciser)*  *…………………………* |  | Subvention Conseil Départemental |  |
| Documentation |  | Subvention Epci |  |
| Assurances |  | Subvention Commune |  |
| **Autres services** |  | Subvention Caf |  |
| Honoraires *(à préciser)*  *……………………………………………* |  | Subvention Msa |  |
| Communication |  | Autre subvention *(à préciser)*  *…………………………………..* |  |
| Déplacements mission |  | **Autres recettes** *(à préciser)*  *…………………………………..* |  |
| Frais de formation(pour le personnel impliqué dans le projet) |  |  |  |
| **Charges de personnel** |  |  |  |
| Rémunération (pour le personnel impliqué dans le projet) |  |  |  |
| Charges sociales (pour le personnel impliqué dans le projet) |  |  |  |
| **Autres** *(à préciser)*  *…*……………………. |  |  |  |
| **Total** |  | **Total** |  |

Date :

Signature responsable morale et cachet du gestionnaire