**APPEL A PROJETS 2024**

**FONDS PUBLICS ET TERRITOIRES**

**DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION AXE 2**

***L'accueil des enfants et adolescents en situation de handicap dans les structures et services de droit commun***

**Il s’agit d’une :**

**1ère demande : 🗆**

**Demande renouvelée : 🗆**

**Le dossier de candidature est à retourner à l’adresse électronique suivante, uniquement :**

[**Reseaux-partenaires@caf95.caf.fr**](mailto:Reseaux-partenaires@caf95.caf.fr)

Aucun dossier transmis en dehors de ce circuit ne sera pris en compte

**Avant le 17 mai 2024**

**Aucun délai supplémentaire ne pourra être accordé**

**LE DEMANDEUR**

**Dénomination du demandeur : ...............................................................................................................................**

**Adresse du siège social :** ...........................................................................................................

...................................................................................................................................................................

**Nature juridique :** Association Loi 1901 déclarée en Préfecture le --/--/--J.O. du --/--/ Collectivité locale

Autres (à préciser)

**Numéro SIRET : …………………………….**

**Domiciliation bancaire :** (Joindre un relevé d'identité bancaire)

...........................................................................................................................................................

**Nom et adresse du gestionnaire :** .....................................................................................................................................................................................................................................…………………………

: ..............................................

**Adresse électronique : ………………………………………………………….**

**Nom et adresse du responsable du dossier :** .....................................................................................................................

: .....................................................................

**Adresse électronique : ……………………………………………………………….**

**Dénomination de l’EAJE : ……………………………………………………………….**

**Ville d’implantation : …………………………………………………………………………**

**Zone prioritaire CAF (oui/non) : …………………………………………………………….**

**QPV ou quartier de veille : ………………………………………………………………**

**Type d’EAJE et capacité de l’agrément : …………………………………………… …………**

**Pratique d’horaires atypiques (avant 7h30 après 19h, W-E) oui/non : ………………….**

**Nombre de places occupées par des enfants issus de familles vulnérables : ………….**

**Représentation en % par rapport à la capacité d’accueil : …………%**

**Volume horaire annuel pour ces places : ………………………………………………….**

**Représentation en % par rapport au volume horaire annuel global de l’EAJE : ……%**

|  |  |
| --- | --- |
| **DESCRIPTION DÉTAILLÉE DE L'ACTION** | |
|  |
| **Volet concerné** |  |  |
| **Territoire d'intervention (Nom de la commune  où est implantée l'action)** |  |  |
| **Titre de l'action** |  |  |
| **Si renouvellement de la demande, indiquer le montant accordé de  l'année précédente** |  |  |
| **Coût total de l'action** |  |  |
| **Montant demandé cette année  (ne peut être supérieur à 80 %  du montant total de l'action)** |  |  |
| **Le contexte local  (les difficultés d'accès aux modes  d'accueil des familles vulnérables sur le territoire)** |  |  |
| **La description de l'action avec les  moyens spécifiques  (Qui fait quoi pour faciliter l'accueil des enfants issus de familles vulnérables ?)** |  |  |
| **Les partenaires de l'action** |  |  |
| **Les résultats attendus avec les indicateurs  d'évaluation** |  |  |

**PIÈCES JUSTIFICATIVES Á FOURNIR**

**EN COMPLÉMENT DU DOSSIER DE CANDIDATURE**

**1.Justificatifs à fournir lors dur dépôt de candidature**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatif à fournir lors de la première demande** | **Justificatifs à fournir lors d’un renouvellement de demande** |
| **Existence légale** | **Pour les associations** : récépissé de la déclaration en Préfecture  **Pour les mutuelles** : récépissé de demande d’immatriculation au registre national des mutuelles.  **Pour les comités d’entreprise** : procès-verbal des dernières élections constitutives | Attestation de non-changement de situation ou récépissé de la déclaration de modification |
|  | Numéro de SIREN / SIRET |  |
| **Vocation** | Statut | Attestation de non-changement de situation |
| **Destinataire du paiement** | Relevé d’Identité Bancaire | Attestation non-changement de situation |
| **Régularité face aux obligations légales et réglementaires** | Attestation précisant que le bénéficiaire ou e gestionnaire a recours à un commissaire aux comptes pour les associations recevant des subventions d’un montant ≥ à153 000 €  Dernier rapport d’activité  Derniers compte approuvés (bilan, compte de résultats et rapport certifié par le commissaire aux comptes) | Attestation précisant que le bénéficiaire ou le gestionnaire a recours à un commissaire aux comptes pour les associations recevant des subventions d’un montant global ≥ 153 000 €  Dernier rapport d’activité  Derniers compte approuvés (bilan, compte de résultat et rapport certifié par le commissaire aux comptes) |
| **Capacité du contractant** | Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau. | Liste datée des membres du conseil d’administration et du bureau. |

* Pour les Associations - Mutuelles – Comité d’Entreprise
* Pour les Collectivités territoriales – Etablissements publics

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de l’élément justifié** | **Justificatif à fournir lors de la première demande** | **Justificatifs à fournir lors d’un renouvellement de demande** |
| **Existence légale** | Arrêté Préfectoral portant création d’un SIVU/SIVOM/EPCI/Communauté de communes et détaillant le champ de compétence  Numéro de SIREN / SIRET | Attestation de non-changement de situation |
| **Vocation** | Statuts pour les établissements publics de coopération intercommunale (détaillant les champs de compétence) | Attestation de non-changement de situation |
| **Destinataire du paiement** | Relevé d’Identité Bancaire | Attestation de non-changement de situation |

**2. Justificatifs à fournir lors de la signature de la convention**

|  |  |
| --- | --- |
| **Capacité du contractant** | Délibération de l’instance compétente (Conseil d’administration, conseil municipal…) autorisant le contractant à signer |