SCHÉMA DES SOLIDARITÉS HUMAINES
CONSEIL DÉPARTEMENTAL DES CÔTES D'ARMOR

Côtes d'Armor le Département

# DOSSIER DE CANDIDATURE
# APPEL À PROJETS DÉVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL 2023

## « ACTIONS DE PRÉVENTION - RÉPONDRE AUX FRAGILITÉS SOCIALES DU TERRITOIRE »

**TERRITOIRE DE LA MAISON DU DÉPARTEMENT DE DINAN**

## THÉMATIQUE(S) DU PROJET

| | |
|---|---|
| ☐Parentalité | ☐Protection de l'enfance |
| ☐Prévention | ☐Santé mentale |
| ☐Insertion sociale et professionnelle | ☐Addictions |
| ☐Précarité alimentaire | ☐Accès aux droits |
| ☐Violence intra-familiale | ☐Lien social et isolement |
| ☐Renforcement de l'action citoyenne /Participation des usagers | ☐Santé alimentation |
| ☐ Mobilité | ☐Inclusion et handicap |

| | |
|---|---|
| Intitulé du projet | |
| Nom de la structure porteuse | |
| Référent du projet | |
| Adresse de messagerie du référent du projet | |
| Numéro de téléphone du référent du projet | |

Pour toute question liée à la compréhension de l'appel à candidatures, l'instruction du dossier et les modalités administratives et financières :

**Marie-Christine LEBRETON**
Animatrice de développement social
marie-christine.lebreton@cotesdarmor.fr
Tel : 02 96 80 00 80

## I. Renseignement concernant la structure candidate

| | |
|---|---|
| **Nom ou raison sociale** | |
| **Nom du représentant légal** | |
| **Nature juridique de la structure** | |
| Date de création* | |
| Capital* | |
| Organisme ou établissement gestionnaire le cas échéant | |
| Code APE ou NAF | |
| N° de SIRET, SIREN, RCS | |
| N° de RNA* | |
| Union, fédération ou réseau auquel est affiliée la structure (ne pas utiliser de sigles)* | |
| Nombre de personnes morales adhérentes | |
| Nombre d'adhérents (personnes physiques à jour de cotisation au 31 décembre de l'année 2022)* | |
| Adresse officielle de la structure | |
| N° de téléphone de la structure (si différent supra) | |
| Mail de la structure (si différent supra) | |
| Site internet de la structure | |
| La structure est-elle assujettie à la TVA* | Oui ☐ Non ☐ |
| **Moyens humains de la structure** | |
| Nombre d'ETP de la structure* | |
| Emplois associatifs aidés par le Département des Côtes d'Armor* | Oui ☐ Non ☐ |
| Nombre de bénévoles* | |

* *informations concernant les associations.*

| | Nom/Prénom | Adresse et téléphone | Mail |
|---|---|---|---|
| Représentant légal | | | |
| Trésorier | | | |
| Secrétaire | | | |

## II – Présentation du projet

### II.1 – Contexte du projet
(précisez ici en quoi votre projet répond aux fragilités sociales du territoire et est en cohérence avec le schéma des Solidarités du Département, en 10 lignes max)

### II.2 – Public visé
(préciser le profil du public, combien de personnes peuvent être concernées, comment sont-elles associées à la construction, à la mise en œuvre, l'évaluation de l'action)

### II.3 – Territoire du projet et lieu d'intervention
(communes concernées)

### II.4 – Description du projet et objectifs visés
(précisez ici les objectifs généraux et opérationnels ainsi que les modalités de leur mise en œuvre, en 20 lignes max).

Place des personnes concernées et notamment des personnes en situation de fragilité sociale dans la construction, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action :

### II.5 - Calendrier prévisionnel du projet

## III – Partenariat dans le cadre du projet

*Pour chaque partenaire identifié au sein de votre projet, veuillez qualifier le degré de partenariat (nom du partenaire, modalité de partenariat… )*

➔ Partenaire 1 :

Qualification du partenariat :
☐ Coconstruction ☐ Co-animation ☐ Orientation ☐ Information

➔ Partenaire 2 :

Qualification du partenariat :
☐ Coconstruction ☐ Co-animation ☐ Orientation ☐ Information

➔ Partenariat avec la Maison du Département de Dinan :

- Service (s) concerné (s) :

☐ Service d'Action Social de Proximité ☐ Service Enfance Famille ☐ protection maternelle et infantile (PMI) ☐ CLIC (vieillissement et handicap)

- Qualification du partenariat :

☐ Coconstruction ☐ Co-animation ☐ Orientation ☐ Information
☐ Aucun

→ Autre partenaire

## III. Moyens alloués au projet, plan de financement

(Précisez ici les moyens humains, y compris temps de bénévoles, matériels et financiers nécessaires à la réalisation du projet, 20 lignes max)

## Budget :

| **Charges** | | **Produits** | |
|---|---|---|---|
| **Nature des charges** | **Montant en €** | **Nature des produits** | **Montant en €** |
| **Charges directes affectées au projet** | | **Ressources directes affectées au projet** | |
| Achats et services extérieurs | | Vente de produits finis, de marchandises, prestations de service | |
| - | | - | |
| - | | - | |
| - | | Subventions d'exploitation | |
| - | | Département | |
| - | | Autres subventions : | |
| - | | - | |
| Charges de personnel(s) salarié(s) | | - | |
| - | | - | |
| - | | Autres recettes | |
| - | | - | |
| - | | - | |
| **Charges indirectes affectées au projet** | | **Ressources indirectes affectées au projet** | |
| - Charges fixes de fonctionnement | | - | |
| - | | - | |
| **Contribution volontaire en nature** | | **Contributions volontaires en nature** | |
| - Mise à disposition de biens et prestations | | - Dons et prestations en nature | |
| - Personnel bénévole | | - Bénévolat | |
| **TOTAL des charges** | | **TOTAL des produits** | |

| | |
|---|---|
| Montant d'aide sollicité en € | |
| La structure bénéficie-t-elle d'une aide du Département en 2023 ou d'un emploi associatif local? | Oui ☐ Non ☐ |
| Au titre de quel(s) dispositif(s) ? | |
| Montant de l'aide perçue à ce titre en € | |

## IV. Évaluation - Résultats attendus (20 lignes max)

En quoi votre projet va-t-il contribuer à la politique de prévention ?

Critère d'évaluation du projet d'un point de vu quantitatif :
indicateur 1 :
indicateur 2 :
...

Critère d'évaluation du projet d'un point de vu qualitatif :
indicateur 1 :
indicateur 2 :
...

## V - Compléments d'information (20 lignes max)

## VI. Engagement

**Je soussigné(e)**

☐ **déclare que l'association souscrit au contrat d'engagement républicain annexé au décret pris pour l'application de l'article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations.**

☐ **certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements consignés dans ce dossier .**

**A…….. Le …….**

**Le représentant légal de la structure**