**Accompagnement au vieillissement dans les quartiers prioritaires de la ville (QPV)**

*Financement d’un programme d’accompagnement et de prévention des publics âgés et fragiles sur un territoire cible pouvant être assimilé à une « résidence autonomie de fait » (2025-2027)*

# **DOSSIER DE CANDIDATURE**

1. **Porteur du projet (signataire de la convention et récipiendaire des fonds)**

Dénomination :

Nature/statut juridique :

Bailleur social Association locale d’habitants du territoire concerné

Association ou groupement associatif

Commune EPCI CCAS/CIAS

Département

Etablissement médico-social Service médico-social

Représentant légal :

Adresse du siège social :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

1. **Territoire concerné**

Nom du Quartier Prioritaire de la Ville (QPV) :

Commune :

Département :

1. **Partenaires**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature/statut juridique** | **Dénomination, coordonnées** |
| Bailleur social  Association locale d’habitants du territoire concerné  Association ou groupement associatif  Commune  EPCI  CCAS/CIAS  Département  Etablissement médico-social  Service médico-social |  |
| Bailleur social  Association locale d’habitants du territoire concerné  Association ou groupement associatif  Commune  EPCI  CCAS/CIAS  Département  Etablissement médico-social  Service médico-social |  |
|  |  |

1. **Référents opérationnels du projet** (interlocuteurs privilégiés de la CNSA et de la DGCS, issus de la structure qui porte le projet)

Nom et Prénom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

Nom et Prénom :

Fonction :

Numéro de téléphone :

Adresse e-mail :

1. **Liste des pièces à fournir :**

* Le présent dossier de candidature complété et daté par le représentant légal.
* L’avis de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d’autonomie ou le courrier d’information à ladite conférence.
* Une lettre d’engagement de chacun des partenaires du projet.

**Présentation du projet**

1. **Le projet**
   1. **Décrivez votre projet** (3 pages max)

*Précisez les objectifs et les actions mises en place par étapes pour les atteindre ainsi que les moyens matériels mobilisés (locaux…). Il est également nécessaire de préciser notamment les actions en direction des personnes ne sortant pas ou peu de leur domicile, les actions mises en œuvre pour favoriser l’information et la participation des personnes âgées ainsi que la manière dont le projet s’inscrit dans les actions de repérage, de prévention et d’aller vers mises en place par l’État (Icope, consultation de prévention…).*

1.2 **Décrivez le territoire ciblé** (*description du parc de logements concerné, nombre de personnes âgées présentes dans le périmètre ciblé par le projet, éléments de diagnostic du territoire, besoins identifiés et ressources existantes dont un état des lieux de l’habitat inclusif et de ses perspectives de déploiement dans le quartier*).

1.3 **Présentez de manière synthétique, s’il y a lieu, des expériences pertinentes sur le territoire concerné déjà existantes complémentaires à l’expérimentation** *(structure porteuse, services proposés…*).

1.4 **Présentez les moyens humains déployés pour la mise en œuvre du projet pour chaque acteur engagé dans le projet** (*salariés, bénévoles, services civiques…)*.

1. **Dimension partenariale du projet**

2.1 **Décrivez les modalités du partenariat entre les différents acteurs engagés dans le projet** (*rôle et modalités de participation de chacun*).

2.2 **Indiquez quelles sont les modalités de coopération envisagées avec les différents acteurs de l’autonomie sur le territoire (conseil départemental, agence régionale de santé, caisses de retraite, acteurs locaux…)**

1. **Calendrier**

3.1 **Présentez le calendrier du déploiement de l’action**

1. **Budget prévisionnel**

Coût total du projet TTC : ………………€

**Montant sollicité : ………………€**

(Voir détails ci-dessous)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **2025** | **2026** | **2027** | **Montant total 2025-2027** |
|  |
| **Dépenses** | | | | |  |
| **Nature** | **Montant (TTC)** | **Montant (TTC)** | **Montant (TTC)** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Charges de personnel affectées au projet** |  |  |  |  |  |
| Salarié |  |  |  |  |  |
| Gratification de service civique |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Achat de prestations** |  |  |  |  |  |
| Prestations d’ingénierie de projet |  |  |  |  |  |
| Prestations d’étude |  |  |  |  |  |
| Prestations de communication |  |  |  |  |  |
| Prestations liées à la mise en œuvre des actions de prévention |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Dépenses d’investissement** |  |  |  |  |  |
| Equipement/mobilier |  |  |  |  |  |
| Véhicule |  |  |  |  |  |
| Autres ( précisez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Autres dépenses** |  |  |  |  |  |
| Matériel et fournitures |  |  |  |  |  |
| Déplacements |  |  |  |  |  |
| Frais de gestion administrative |  |  |  |  |  |
| Autre (précisez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES DÉPENSES** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Recettes** | | | | |  |
| **Nature** | **Montant (TTC)** | **Montant (TTC)** | **Montant (TTC)** |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Subventions acquises** |  |  |  |  |  |
| Subvention 1 (précisez) |  |  |  |  |  |
| Subvention 2 (précisez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Subventions en cours de demande** |  |  |  |  |  |
| Subvention sollicitée CNSA |  |  |  |  |  |
| Subvention 2 (précisez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Recettes hors subventions** |  |  |  |  |  |
| Participation en fonds propres |  |  |  |  |  |
| Autres (précisez) |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL DES RECETTES** |  |  |  |  |  |

**NOM et TITRE DU SIGNATAIRE :**

**DATE :**

**SIGNATURE :**