**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**APPEL A PROJETS « INNOVATIONS EN SANTE »**

****Date limite de dépôt de dossier : Lundi 12 mai 2025**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU DOSSIER** |
| **Intitulé de l’opération :**  |
| **Nom du porteur :**  |  |
| **Coordonnées :**  |  |
| **Téléphone :**  |  |
| **Personne chargée du suivi de l'opération :**  |
| **Contact :**  |  |
| **Fonction :**  |  |
| **Téléphone :**  |  |
| **E-Mail :**  |  |
| **Période prévisionnelle de réalisation :**  |
| **Coût total prévisionnel :**  |  |
| **Projets de fonctionnement : 🞏 Oui 🞏 Non Montant de la subvention sollicitée :** |
| **Projets d’investissement : 🞏 Oui 🞏 Non Montant de la subvention sollicitée :** |

**LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER
DE DEMANDE DE SUBVENTION**

1. *Le dossier de candidature devra* ***obligatoirement*** *être constitué*
* Contexte du projet : problématique, raison du lancement du projet ;
* Périmètre du projet : acteurs concernés, territoires concernés ;
* Objectifs et mise en œuvre du projet : méthode, moyens humains et financiers mobilisés, calendrier, acteurs externes éventuellement associés ;
* Résultats attendus : indicateurs qualitatifs et quantitatifs d’évaluation des résultats, avenir / pérennité du projet ;
* Caractère innovant ou plus-value(s) du projet pour les territoires ;
* Résultats de/des étude(s) réalisée(s) sous forme de document ou article scientifique (le cas échéant) ;
1. *En documents annexes à fournir :*
* Budget prévisionnel du projet, faisant apparaître les cofinancements ;
* Budget prévisionnel de l’organisation ;
* Pièces administratives (statuts, RIB, numéro SIRET, situation au répertoire SIRENE – INSEE – justificatif d’identification, rapport moral / d’activité de la dernière année écoulée, compte de résultats de la dernière année écoulée, publication de la déclaration au Journal Officiel, etc.) ;
* Extrait KBIS pour le(s) fournisseur(s) de solution ;
* Document attestant la reconnaissance de l’outil comme dispositif médical et/ou certification marquage CE ;
* Annexes : tout document d’information complémentaire peut être joint au dossier (rapport, devis, vidéos, photos, articles de presse, présentation PowerPoint, etc…).

En complément du dossier de candidature, des pièces administratives ou justificatives pourront être demandées par le Département.

Pour toutes précisions, s’adresser au Service Attractivité Territoriale en Santé par mail à l’adresse suivante : DPMIPS-AAP@departement77.fr

***Attention : tout dossier incomplet ne pourra pas être traité***

**ORGANISATION**

1. **Présentation**

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale (nom détaillé sans sigle)** |  |
| **Sigle (le cas échéant)** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Adresse de l'établissement porteur de projet** |  |
| **Code postal - Commune** |  |
| **Code INSEE** |  |
| **Courriel** |  |
| **Site internet, le cas échéant** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Code APE/NAF** |  |
| **N° de déclaration d'activité** (organismes de formation) |  |
| **Adresse du siège social (si différente)** |  |
| **Code postal - Commune** |  |
| **Courriel** |  |
| **L'activité couverte par le projet est-elle assujettie à la TVA ?**   |
| **La structure est-elle reconnue d’utilité publique ?**   |
| **Êtes-vous soumis au Code des marchés publics ou à l'ordonnance n° 2015-899 du 23 juillet 2015 relative aux marchés publics ?**   |

**Représentant légal**

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Fonction** |  |
| **Délégation de signature ?** |  |

**Présentation de la structure bénéficiaire**

**Moyens humains :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre de bénévoles** |  |
| **Nombre de volontaires** |  |
| **Nombre total de salariés** |  |
| **en CDI** |  |
| **en CDD** |  |
| **Nombre d’adhérents** |  |

***Précisez les missions et champs d’intervention de la structure (soyez exhaustif)*** :

1. **Présentation de votre projet**

**Responsable du projet** :

**Nom du projet** :

**Résumé synthétique de votre projet** :

**Précisez l’origine de votre projet** (étude préalable des besoins, réponse à une demande spécifique ?) :

**Détaillez les objectifs de votre projet** :

**Quelles sont les personnes ciblées ?**:

**Décrivez le territoire sur lequel vous souhaitez développer votre projet** :

**Périodicité de votre projet** : *(choix unique)*

🞏 Ponctuel

🞏 Récurrent

🞏 Permanent

**Calendrier de votre projet** :

⮚ Date de lancement : …/…/…

⮚ Date de fin : …/…/…

**Détaillez les principales étapes de votre projet** :

1. **Vos besoins de financements**

**Coût total de votre projet :**

**Montant de la subvention sollicitée** :

**Précisez l’affectation des ressources** (achats de matériels, ressources humaines, etc.)

**Quelles sont vos sources de financement déjà acquises pour ce projet ?**

Le Département se réserve le droit de vérifier la véracité des données déclarées auprès des co-financeurs. Vous pouvez renseigner plusieurs organismes donateurs.

***Nom de l’organisme donateur n°1*** :

Montant perçu :

Référent de votre dossier chez l’organisme donateur :

* Nom et prénom :
* Adresse email :
* Téléphone :

[…]

***Nom de l’organisme donateur n°X*** :

Montant perçu :

Référent de votre dossier chez l’organisme donateur :

* Nom et prénom :
* Adresse email :
* Téléphone :

**Quelles sont les autres sources potentielles que vous avez sollicitées ?**

**⮚** Nom de l’organisme sollicité n°1 :

⮚ Montant demandé :

[…]

**⮚** Nom de l’organisme sollicité n°X :

⮚ Montant demandé :

1. **Votre projet est-il porteur d’une innovation en santé ?**

**Pour quelle thématique de l’AAP :** *(choix unique)*

🞏 E-Santé

🞏 Solidarité territoriale et promotion de la santé

🞏 Accompagnement des mutations de l’exercice des professionnels de santé

***Précisez les parties* prenantes mobilisées à chaque étape du projet** (conception, mise en œuvre opérationnelle, suivi, etc.) :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

**Quels sont les avantages de votre projet « Innovations en Santé » ?**

* Comment votre projet peut-il améliorer la qualité des soins ?

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….............................................................................................................

* Comment votre projet peut-il aider à prévenir les maladies ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

* Comment votre projet peut-il aider à réduire les coûts de santé ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................

* Comment votre projet peut-il aider à améliorer la vie des patients ?

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................

* Comment votre projet peut-il aider à améliorer la vie des professionnels de santé

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..................................................................................................

**Quels risques pensez-vous rencontrer au développement de votre projet ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quel est le niveau de maturité de votre projet ?** *(choix unique)*

**🞏** Phase de conception

**🞏** Phase d’expérimentation / lancement

**🞏** Phase de changement d’échelle / essaimage

**🞏** Autre (précisez) : ……………………………………………...................................

**Votre action est-elle reproductible par d’autres structures ou organismes ?** *(choix unique)*

🞏 Oui

🞏 Non

⮚ Si non, précisez pourquoi : ………………………………………………………….

1. **Comment évaluerez-vous votre action ?**

**Quels sont les indicateurs clés que vous utiliserez pour mesurer la performance de votre projet ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quels outils spécifiques utiliserez-vous pour mesurer ces indicateurs ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quels sont les résultats quantitatifs attendus pour votre projet ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Quels sont les résultats qualitatifs attendus pour votre projet ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Information complémentaire**

**Par quel biais avez-vous eu connaissance de cet appel à projets ?**