**Formulaire de demande de subvention spécifique dans le cadre d’un cofinancement par le FSE+**

**Département de Seine-et-Marne**

|  |  |
| --- | --- |
| **IDENTIFICATION DU DOSSIER** | |
| **Intitulé de l’opération :** | |
| **Nom du porteur :** |  |
| **Coordonnées postales :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **Personne chargée du suivi de l'opération :** | |
| **Contact :** |  |
| **Fonction :** |  |
| **Téléphone :** |  |
| **E-Mail :** |  |
| **Période prévisionnelle de réalisation :** | |
| **Coût total prévisionnel :** |  |
| **Montant de la subvention CD sollicitée :** | |
| **Nom de l’appel à projets :** | |

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

1. Dossier de demande de subvention conforme au document type, daté, cacheté et signé avec identification précise du signataire (nom, prénom, fonction)
2. Si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’association, le pouvoir donné par ce dernier au signataire
3. Capacité du représentant légal à engager la structure (PV d’élection ou de nomination)
4. Statuts signés actualisés
5. Copie de la publication au Journal officiel ou du récépissé de déclaration à la Préfecture
6. Avis de situation au répertoire SIRENE ou K-BIS
7. Liste des membres du Conseil d'administration
8. Rapport d'activité de l'année précédente
9. Relevé d’identité bancaire, portant une adresse correspondant à celle du n°SIRET
10. Comptes approuvés des 3 derniers exercices clos
11. Rapport du commissaire aux comptes pour les associations qui en ont désigné un, notamment celles qui ont reçu annuellement plus de 153 000 euros de dons ou de subventions

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

**ORGANISME**

**Identification de l’organisme**

|  |  |
| --- | --- |
| **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 de l'organisme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Nom** |  |
| **Prénom** |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Fonction dans l'organisme** |  |
| **Y’a-t-il une délégation de signature ?** |  |

**PROJET**

**Contenu et finalités**

**Décrivez le contexte dans lequel s'inscrit votre projet :**

*Diagnostic de départ, analyse des besoins / problèmes*

**Présentez les finalités / résultats attendus de votre projet :**

*Quelles sont les raisons pour lesquelles le projet existe et quel objectif poursuit-il ?*

**Détaillez le contenu de votre projet** :

**Décrivez quelles sont les actions mises en œuvre ou envisagées au sein de votre organisation ou dans le cadre de ce projet pour veiller au respect de l’égalité femmes-hommes, à l’absence de discrimination et à l’accessibilité des personnes handicapées :**

**Détaillez le calendrier de votre projet :**

**Cette opération comprend-elle des participants ? :**

**🞏** Oui 🞏Non

**Liste des principales actions :**

**Nombre prévisionnel de participants :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Femmes** | **Hommes** | **Total** |
|  |  |  |

**Viabilité financière et publicité**

**Disposez-vous d'une comptabilité analytique par projet, permettant, par une codification comptable appropriée, d'isoler dans son système de suivi comptable les dépenses et les ressources liées au projet pour lequel un cofinancement du FSE+/FTJ est sollicité ?**

**🞏** Oui 🞏Non

**Justifiez votre réponse :**

**Moyens humains affectés au suivi administratif du projet (nombre d'ETP, fonction et missions) :**

**L'une ou l'autre de ces personnes a-t-elle suivi une formation/information sur la mobilisation du FSE+/FTJ ? :**

**🞏** Oui 🞏Non

**Moyens humains affectés à la mise en œuvre opérationnelle de chaque action (nombre d'ETP, compétences, missions…) :**

**Sur la base de quel(s) type(s) de pièce justificative allez-vous vérifier les réalisations de votre projet ? :**

**Quelles sont les modalités de collecte de données (indicateurs entités et indicateurs participants le cas échéant) que vous prévoyez de mettre en œuvre? :**

**Décrivez la manière dont vous respecterez vos obligations en matière de publicité du cofinancement par le FSE+/FTJ du projet :**

**Ressources publiques reçues**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Type de financeur** | **Financeur** | **Projet aidé** | **Montant 2023** | **Montant 2024** | **Montant 2025** |
| **Union Européenne** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Conseil départemental** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **État** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Conseil régional** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Autres collectivités territoriales** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
| **Autres organismes publics** |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

**Le projet pour lequel vous demandez un cofinancement FSE+/FTJ est-il intégralement mis en œuvre par voie de marché (ou prestations externes)?** *Informations Attention, une aide publique (nationale ou européenne) n'est possible que si l'action de formation n'a pas commencé avant le dépôt de la première demande d'aide publique.*

**🞏** Oui 🞏Non

**Le projet pour lequel vous demandez un cofinancement par le FSE+/FTJ, vise-t-il la formation de vos propres salariés ?** *Informations Attention, une aide publique (nationale ou européenne) n'est possible que si la prestation de conseil n'a pas commencé avant le dépôt de la première demande d'aide publique.*

**🞏** Oui 🞏Non

**Le projet pour lequel vous demandez un cofinancement par le FSE+/FTJ vise-t-il à obtenir uniquement une aide au conseil (hors formation) ?**

**🞏** Oui 🞏Non

**Le projet pour lequel vous demandez un cofinancement par le FSE+/FTJ vise-t-il à compenser les surcoûts liés à l’emploi de travailleurs handicapés ?** *Informations Votre projet correspond au Régime exempté N° SA.58982 aides destinées à compenser les surcoûts liés à l’emploi de travailleurs handicapés*

**🞏** Oui 🞏Non

**Le projet pour lequel vous demandez un cofinancement par le FSE+/FTJ vise-t-il à compenser les coûts de l’assistance fournie aux travailleurs défavorisés ?** *Informations Votre projet correspond au Régime exempté N° SA.58982 aides destinées à compenser les coûts de l’assistance fournie aux travailleurs défavorisés*

**🞏** Oui 🞏Non

**Les actions mises en œuvre grâce au cofinancement FSE+/FTJ sont-elles susceptibles d'apporter un avantage sélectif à d'autres personnes morales (bénéficiaires tiers), de nature à fausser la concurrence et à constituer une aide d'Etat au sens de l'article 107 du TFUE ?**

**🞏** Oui 🞏Non

**Eligibilité du public**

**Caractéristiques du public ciblé :**

**Sur la base de quel(s) type(s) de pièces, vérifierez-vous et justifierez-vous l'éligibilité des participants ? :**

**Quelles dispositions avez-vous prises pour assurer la collecte et le suivi des données participants? :**

**PLAN DE FINANCEMENT**

**Structuration**

**Avez-vous des dépenses de tiers à présenter ?**

**🞏** Oui 🞏Non

**Avez-vous des dépenses en nature à présenter ?**

**🞏** Oui 🞏Non

**Dépenses directes de personnel**

**Tableau récapitulatif des dépenses directes de personnel**



**Avec quels documents justifierez-vous le temps passé des salariés affectés à 100% ou à taux fixe sur l'opération ?** *(exp: une lettre de mission, une fiche de poste ou un contrat de travail attestant de la quote part de leur temps de travail consacré au projet*)**:**

**Avec quels documents justifierez-vous le temps passé des salariés affectés à temps variable à la réalisation du projet ?** *(exp: logiciel de suivi des temps, fichier excel)***:**

**Tableau récapitulatif des dépenses prévisionnelles**

*Application du taux forfaitaire de 40% sur les dépenses de personnel pour le calcul des coûts restants****.***

****

**Ressources prévisionnelles**

****

**Budget prévisionnel de l’opération en coût réel**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | | | |
| **Types de charges** | **Nature de la dépense** | **Modalités de calcul** | **Montant** |
| **Dépenses directes de personnel affecté à la mise en œuvre de l'opération** | | | |
| Rémunérations |  |  |  |
| Charges sociales |  |  |  |
| Autres charges |  |  |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Autres dépenses directes** | | | |
| Achats de fournitures et matériels non amortissables liés à l'opération |  |  |  |
| Dépenses d'amortissement des matériels liés à l'opération |  |  |  |
| Location de matériel et locaux nécessitée par l'opération |  |  |  |
| Frais de déplacement, de restauration et d'hébergement des personnels directement affectés à l'opération |  |  |  |
| Prestations |  |  |  |
| Autres |  |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Dépenses indirectes** | | | |
| Clé de répartition obligatoire : ***à préciser***  Application de la clé de répartition sur toutes les charges de la structure sauf charges de personnel | |  |  |
| **Sous total** |  |  |  |
| **Total des charges** | | |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Produits** | | |
| **Types de produits** | **Nature de la recette** | **Montant** |
| **Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** | | |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **Sous total** |  |  |
| **Subventions d’exploitation** | | |
| État : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités |  |  |
| Conseil Régional |  |  |
| Conseil Départemental |  |  |
| Communes, communautés de communes ou d’agglomérations : |  |  |
| Organismes sociaux (Caf, etc. détailler) |  |  |
| Fonds européens (FSE, FEDER, etc) |  |  |
| Agence de services et de paiement (emplois aidés) |  |  |
| Autres établissements publics |  |  |
| Aides privées (fondation) |  |  |
| **Sous total** |  |  |
| **Total des produits** |  |  |

**VALIDATION**

Je soussigné(e), (nom et prénom) :

représentant(e) légal(e) de l'association :

*Si le signataire n'est pas le représentant légal de l'association, joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.*

déclare :

- que l'association est à jour de ses obligations sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;

- exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment relatives aux demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires ;

- que l'association a perçu un montant total et cumulé d'aides publiques (subventions financières et en nature) sur les trois derniers exercices :

□ inférieur ou égal à 200 000 €

□ supérieur à 200 000 €

- demander une subvention de : €

- que cette subvention, si elle est accordée, sera versée au compte bancaire de l'association (joindre un RIB)

Fait à : le :

Signature et cachet