**Formulaire de candidature appel à projets**

**« Dispositif d’accompagnement socioprofessionnel territorialisé des Allocataires du Revenu de Solidarité Active (ARSA) - Secteur de Melun Val de Seine »**



|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU DOSSIER** |
| **Nom du porteur :**  |  |
| **Coordonnées :**  |  |
| **Téléphone :**  |  |
| **Personne chargée du suivi de l'opération :**  |
| **Contact :**  |  |
| **Fonction :**  |  |
| **Téléphone :**  |  |
| **E-Mail :**  |  |
| **Coût total prévisionnel :**  |  |
| **Montant de la subvention sollicitée :**  |

**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 ?** |  |

**Présentation de l'organisme bénéficiaire**

**Moyens humains :**

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

**MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DU DISPOSITIF**

|  |
| --- |
| *Décrivez de façon succincte votre expérience au regard de la mission attendue :*     |

|  |
| --- |
| *Décrivez de façon succincte ce que vous avez compris de la mission attendue et comment vous envisagez de la mettre en œuvre :*      |

|  |
| --- |
| *Donnez trois exemples d’outils ou de démarche emblématique que vous avez pu mettre en œuvre dans le cadre de vos accompagnements socioprofessionnels :*       |

|  |
| --- |
| *Comment envisagez-vous de contacter et travailler avec les partenaires du territoire dans le cadre de la mission :*       |

|  |
| --- |
| *Disposez-vous de locaux sur le territoire de Melun-Val-de-Seine, si non quelle solution envisagez-vous pour accueillir le public :*      |

|  |
| --- |
| *Concernant les ressources humaines, comment envisagez-vous la constitution de votre équipe (pour rappel, est attendue, une proposition de reprise du personnel de l’ancien opérateur) :*     |

|  |
| --- |
| *Comment envisagez-vous la mise en conformité avec les obligations du FSE :*      |

**PLAN DE FINANCEMENT**

**Budget prévisionnel de l’opération**

|  |
| --- |
| **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** |
| Pour rappel le forfait de 55 000 €/ETP doit permettre de couvrir les frais indirects de la structure.Dans le cadre du financement FSE un forfait de 40% sur le montant des dépenses de personnels sera appliqué. |   |   |
| **Sous total** |   |   |  |
| **Total des charges** |  |

**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