**COMMISSION DES FINANCEURS**

**DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE DES PERSONNES AGEES**

*Du Département de la Corrèze*











DOSSIER DE CANDIDATURE

PROGRAMMATION 2026

Actions collectives de prévention de la perte d'autonomie

en faveur des personnes âgées de 60 ans et plus

**DATE LIMITE DE DEPOT DES CANDIDATURES : 10/10/2025**

**Nom de la structure :**

**Thématique retenue** *(un seul choix de réponse) :*

BIEN VIEILLIR ET SANTE GLOBALE

USAGES DU NUMERIQUE

LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT

SECURISATION DU CADRE DE VIE, ACCES AUX DROITS, PREPARATION A LA RETRAITE

ACCOMPAGNEMENT DES PROCHES AIDANTS

**Intitulé de l’Action :**

**Financement sollicité :**

**Territoire(s) de l'action :**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**DATE LIMITE DE RECEPTION DE CANDIDATURE : 10/10/2025**

## ⇨ Informations pratiques

Le dossier dûment complété est à envoyer par mail :

⇨ Sous la référence : **Candidature appel à projets CFPPA de la Corrèze**

**⇨** À l’adresse suivante : [**offreautonomie@correze.fr**](mailto:offreautonomie@correze.fr)

## A réception du dossier, un accusé de réception sera envoyé par courriel.

## ⇨ Les documents à joindre

Identification de la structure

Fiche Action

Budget de l’action

CV ou toute pièce pouvant justifier de la qualification des intervenants

Preuves d’engagement des partenaires si le porteur en dispose

Certificat d’engagement

Bilans des actions précédentes le cas échéant

État des demandes de cofinancement (justificatifs des demandes et des réponses éventuelles)

Devis

Fiche renseignement tiers

Statuts et liste des dirigeants de l'organisme

RIB

Certificat INSEE SIREN

Pour entreprise : Extrait KBIS / Pour association : récépissé de la préfecture (déclaration création asso) - bulletin JO

Comptes de résultats et bilans des 3 dernières années

**IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE**

Identification de la structure, du représentant légal et de la personne qui pilote le projet (référent opérationnel).

|  |
| --- |
| **La structure**  Nom (association/structure) :  Sigle :  Type de structure (association, collectivité territoriale, établissement scolaire, accueil collectif de mineurs…) :  Adresse du siège social :  Code postal : Commune :  Téléphone :  Courriel :  N° SIRET/SIREN :  Code NAF (APE)  Adresse de l’antenne, si différente :  Code postal : Commune : |

|  |
| --- |
| **Le représentant légal**  Nom : Prénom :  Fonction :  Téléphone : Courriel :  **La personne chargée du dossier**  Nom du référent opérationnel : Prénom :  Fonction :  Téléphone : Courriel : |

**FICHE ACTION**

|  |  |
| --- | --- |
| INFORMATIONS GÉNÉRALES DE L'ACTION | |
| **INTITULÉ DE L'ACTION** |  |
| **S'AGIT-IL ...**  *(Un seul choix possible)* | D'une nouvelle action  Du renouvellement d'une action financée une précédente année par la CFPPA  D'une action présentée une précédente année à la CFPPA mais non financée |
| CONTEXTE DE L'ACTION | |
| **DIAGNOSTIC/**  **CONTEXTE** | *À quelles problématiques de santé et à quels besoins du territoire d’intervention répond l’action ?*  *Merci de citer les éléments de diagnostic, les références ou les constats de terrain étayant votre action.* |
| **CONCEPTION DE L'ACTION**  **Comment l'action a-t-elle été conçue ?** | L’action a été conçue par notre structure  À partir d’une action déjà mise en œuvre dans un autre Département  *⮱ Si oui, Où et par qui ? : ............................................................*  À partir d’une action qui a démontré l’adoption de changement de comportements des participants à travers une évaluation d’impact  *⮱ Si oui, quel est le nom du programme et les références des articles ou communications scientifiques qui étayent l’action ? ..................................................................................................................* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION | |
| **PRESENTATION DE L'ACTION** | *Description de l'action en quelques mots* |
| **ACTIVITES DE L'ACTION** | Une action peut être composée d’une seule ou plusieurs séances types.  Description d'une séance type :  Nom :  Durée :  Professionnels mobilisés :  But de la séance (objectifs opérationnels) :  Déroulé d’une séance avec si possible des exemples d’activités :  *Une action peut être composée d’une seule ou plusieurs séances types. Renouveler les descriptions si nécessaire* |
| **OBJECTIFS** | *Objectifs Généraux (sens du projet, but(s) à atteindre)*  *Objectifs opérationnels (actions concrètes à mettre en œuvre pour atteindre votre ou vos objectifs généraux)* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Bénéficiaires* | |
| **BENEFICIAIRES DE L'ACTION** | Les bénéficiaires visés par l’action ... (plusieurs choix possibles) :  Vivent à leur domicile  Vivent en EHPAD  Sont des proches aidants |
| *Quelles sont les caractéristiques des personnes spécifiquement ciblées par l’action ? (Âge, situation géographique, critères de fragilité...)* |
| **IMPLICATION DES BÉNÉFICIAIRES** | *Les bénéficiaires ont-ils été impliqués dans la conception de l’action ? Si oui, comment ?* |
| *Envisagez-vous une démarche particulière pour atteindre les personnes en situation de vulnérabilité ? Si oui, laquelle ?* |
| **NOMBRE DE PARTICIPANTS** | Nombre de participants uniques envisagé :  *C’est-à-dire le nombre de personnes différentes qui participeront à l’action. Une personne qui participe à deux temps d’une même action est à compter qu’une seule fois. Si l’action s’adresse à plusieurs groupes différents, faire le total du nombre de personnes prévues sur l’ensemble des groupes.* |
| *Avez-vous des précisions à apporter sur le nombre de participants (nombre de personnes par groupe, justification du nombre envisagé...) ? Si oui, lesquelles ?* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Lieu(x) de mise en œuvre de l'action* | |
| **LIEU(X) DE L'ACTION** | L’action se déroule… (Un seul choix possible) :  En présentiel  *⮱ Si oui, le lieu est-il accessible aux personnes ciblées ? ..................................................................................................................*  *⮱ Quels moyens sont mis en œuvre pour faciliter l’accès aux bénéficiaires : modalités de déplacements, transports…*  À distance  *⮱ Si oui, qu’avez-vous prévu pour faciliter la mise en œuvre de l’action à distance ?..............................................................................................*  Hybride présentiel / à distance  *⮱ Si oui, le lieu est-il accessible aux personnes ciblées ? ..................................................................................................................*  *⮱ Quels moyens sont mis en œuvre pour faciliter l’accès aux bénéficiaires : modalités de déplacements, transports…..........................*  *⮱ Si oui, qu’avez-vous prévu pour faciliter la mise en œuvre de l’action à distance ?.............................................................................................* |
| **Territoire / Communes** | *Mentionner précisément le lieu ou le secteur d’intervention*  *Canton*  *Commune(s)* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Calendrier de mise en œuvre de l'action* | |
| **DATE(S)/DUREE** | S’agit-il... :  D’une action ponctuelle (type conférence)  D’une action sur plusieurs séances |
| Date de début (même prévisionnelle) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  Date de fin (même prévisionnelle) : \_ \_ / \_ \_ / \_ \_  Durée totale de l’action en nombre de semaines : \_\_\_\_  Nombre de séances prévues : \_\_\_  Durée d’une séance : \_\_\_\_  Fréquences des séances :  Une fois par semaine  Deux fois par semaine  Trois fois par semaine  Autre |
| *Précisions à apporter sur les dates et durées de l’action (fréquence ou durée variable, plusieurs dates prévues...) ? Si oui, lesquelles ?* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Moyens mobilisés* | |
| **MOYENS HUMAINS** | *Merci de lister les ressources humaines mobilisées (compétence, formations diplômantes ou certifiantes, expérience, nombre, ETP)*  *Merci de joindre les CV ou toute pièce pouvant justifier de la qualification des intervenants* |
| **MOYENS MATERIELS** | *Merci de lister les moyens matériels mobilisés pour mettre en œuvre l’action* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Partenaires* | |
| **NOM DES PARTENAIRES** | *Merci de lister les noms et les rôles des partenaires avec lesquels un engagement est formalisé (joindre les preuves d’engagement obligatoirement)* |
| *Merci de lister les noms et les rôles des partenaires sans Engagement formalisé à date* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Évaluation et communication de l'action* | |
| **EFFETS ATTENDUS** | *Pouvez-vous décrire les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action (objectifs spécifiques) ?* |
| **METHODES D'EVALUATION** | *Quelles méthodes envisagez-vous pour suivre et évaluer les effets ou changements de comportement attendus pour les bénéficiaires de cette action ? S’il n’est pas prévu d’évaluation particulière, merci d’expliquer ce choix.* |
| **OUTILS D'EVALUATION** | *Outils, indicateurs qualitatifs, quantitatifs permettant de mesurer l'impact* |
| **COMMUNICATION** | *Préciser quelle communication autour de projet/action est prévue : modalités de diffusion, supports utilisés…* |
| DESCRIPTION DE L'ACTION - *Budget de l'action* | |
| **BUDGET TOTAL DE L'ACTION** |  |
| **MONTANT SOLLICITE CFPPA** |  |
| **CO FINANCEMENT** | *Faire apparaitre les différents financeurs et le montant de leur contribution - reçue ou demandée* |
| **AUTO FINANCEMENT** |  |

**Fiche « Budget de l’action »**

Les candidats doivent présenter un **budget prévisionnel de l’action** envisagée. Ce budget doit être **détaillé**, équilibré. Joindre un **budget TTC de la totalité** du projet.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget de l’action :** | | | |
| **CHARGES** | Montant en euros | **PRODUITS** | Montant en euros |
| **60-Achats** |  | **70- Prestations de service, vente de produits  finis de marchandises** |  |
| Achats d’études et de prestations de services |  | Prestations de services |  |
| Achats non stockés de matières et fournitures |  | Vente de marchandise |  |
| Fournitures non stockables (eau, énergie) |  | Produits des activités annexes |  |
| Fournitures et petits équipements |  |  |  |
| Autres fournitures |  |  |  |
| **61- Services extérieurs** |  | **74- Subventions d'exploitation** |  |
| Sous traitance générale |  | Commission des Financeurs |  |
| Locations |  | État (Précisez le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Entretiens et réparations |  | CNSA autres financements que commission des financeurs |  |
| Assurance |  | ARS |  |
| Documentation |  | Région |  |
| Divers |  |  |  |
| **62- Autres services extérieurs** |  | Département(s) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Intercommunalité(s) |  |
| Publicité, publication, communication |  |  |  |
| Déplacements, missions |  | Commune(s) |  |
| Frais postaux et de télécommunication |  |  |  |
| Services bancaires |  | CARSAT |  |
| **63- Impôts et taxes** |  | RSI |  |
| Impôts et taxes sur rémunération |  | MSA |  |
| Autres impôts et taxes |  | AGIRC-ARRCO |  |
| **64- Charges de personnel** |  | CPAM |  |
| Rémunérations du personnel |  | CAF |  |
| Charges sociales du personnel |  | Fonds européens : indiquer quel programme |  |
| Autres charges de personnel |  | Entreprises |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | **75- Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières** |  | dont cotisations, dons manuel ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **76- Produits financiers** |  |
| **68 – Dotation aux amortissements (provisions pour renouvellement)** |  | **77-Produits exceptionnels** |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** | 0,00 | **87- Contributions volontaires en nature** | 0,0 |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens, services, prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |

**Fiche « Certificat d’engagement »**

Je soussigné(e)..........................................., en qualité de représentant(e) légal(e) ou délégataire de l’organisme porteur de projet désigné dans le présent dossier, ayant une qualité pour l’engager juridiquement, sollicite un financement du Conseil Départemental de la Corrèze au titre de la commission des financeurs pour un montant de ........................€, sur la base d’un coût total de .....................€ et pour la réalisation du projet ...................................................... décrit dans le présent dossier de demande de financement.

J’atteste sur l’honneur :

* L’exactitude des renseignements indiqués dans le présent dossier ;
* La régularité de la situation fiscale et sociale de l’organisme porteur de projet ;
* Ne pas faire l’objet d’une procédure de redressement ou de liquidation judiciaire.

J’ai pris connaissance des principales obligations liées à un financement du Conseil Départemental de la Corrèze listées précédemment et m’engage à les respecter en cas d’octroi de la participation financière et ce, à compter de la date de début de l’opération, ainsi que toutes les clauses de la convention/lettre d'engagement attributive de l’aide du Conseil Départemental de la Corrèze.

J’ai pris acte qu’à défaut, le service instructeur peut décider, dans les conditions fixées dans la convention/lettre d'engagement attributive de l’aide du Conseil Départemental de la Corrèze de mettre fin à la participation financière et exiger le reversement total ou partiel des sommes déjà versées.

Fait à ..................................... Le .........................

Nom(s), prénom(s) et signature du ou de la représentant(e) légale (ou son délégataire)

|  |
| --- |
|  |



