



Ministère de la Santé et de la Prévention
en charge de la protection sociale généralisée

Prévention et promotion de la santé

Formulaire de demande de subvention



Edition 2019

PREAMBULE

Pour rappel, l'Assemblée de Polynésie française a adopté la délibération n°2017-114 APF du 7 décembre 2017 portant création d'un compte d'affectation spéciale dénommé « Fonds de prévention sanitaire et sociale » (FPSS). Le FPSS a pour objet de financer toutes les actions de prévention dans le domaine sanitaire et social.

Le Ministère de la Santé et de la Prévention encourage toutes les initiatives œuvrant pour toute forme de prévention dans le domaine de la santé. Dans cette perspective, tous les porteurs de projet désireux d'y répondre peuvent déposer une demande de subvention à la Direction de la santé au titre de l'année 2019.

Qui peut déposer un dossier de demande de subvention ?

Les associations (Loi 1901), pour des besoins en investissement et en fonctionnement

Quelle thématique de prévention peut viser la demande de subvention ?

Prioritairement pour l'année 2019, le ministère de la santé a retenu le thème des addictions.

Toutefois, le porteur de projet peut présenter un dossier visant une autre thématique comme : l'alimentation, l'activité physique, le cancer et la santé mentale ou autre

Quand déposer le dossier de demande de subvention ?

Entre le 1^{er} novembre et le 31 décembre 2018.

Comment et où le déposer ?

Le porteur de projet est invité à remplir ce formulaire de demande de subvention qu'il aura le soin de déposer au Département des programmes de prévention de la Direction de la Santé :

- par voie postale : BP 611, 98713 Papeete, Tahiti, Polynésie française
- ou par courriel : secretariat.dpp@sante.gov.pf
- ou directement au secrétariat : Immeuble LO, 4^o étage, Rue du C. Destremeau, en face du temple de Paofai, 98713 Papeete, Tahiti, Polynésie française.

Dès réception des dossiers, le secrétariat s'assurera de leur complétude et délivrera un accusé de réception. En cas de dossier incomplet, vous serez informé des pièces à fournir qui devront être déposées avant le 31 décembre 2018.

Combien ?

Il n'y a pas de montant minimal ou maximal fixé, le pourcentage de la participation financière sera déterminé au cas par cas lors de l'examen de votre projet.

Pour toute question, vous pouvez consulter le guide à l'attention des porteurs de projets consultable en ligne ou contactez le Département des Programmes de Prévention (DPP) de la Direction de la Santé par téléphone : (+689) 40. 488. 200 ou par e-mail : secretariat.dpp@sante.gov.pf

FICHE N° 1 : IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

1- ÉLÉMENTS D'IDENTIFICATION

Bénéficiaire de l'appel à projets :

Association

Nom de l'association :

Numéro TAHITI :

Matricule employeur CPS (si existant) :

Adresse géographique :

Adresse postale :

Code postal : **Commune / île :**

Téléphone : **Fax :**

Courriel :

Site internet :

Page Facebook :

2. RESPONSABLE DE L'ASSOCIATION

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone : **Courriel :**

.....

3. PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone : **Courriel :**

FICHE N° 2 : DESCRIPTION DU PROJET

Nom du projet :

Thématique(s) concernée(s) par le projet (*Plusieurs thématiques peuvent être concernées*) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Addictions (thématique prioritaire du ministère de la santé pour l'année 2019) | <input type="checkbox"/> cancers |
| <input type="checkbox"/> alimentation | <input type="checkbox"/> santé mentale |
| <input type="checkbox"/> activité physique | <input type="checkbox"/> autre : (à préciser)..... |

1- CONTEXTE

D'où est venue l'idée de ce projet ? / Pourquoi ce projet ? / Quelle est-la situation actuelle ? / Quels sont les problèmes repérés ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. OBJECTIFS GENERAUX ET RESULTATS ATTENDUS

Objectifs généraux du projet :

.....
.....
.....

Résultats concrets attendus :

.....
.....
.....

3. DESCRIPTIF DU PROJET

Comment le projet va-t-il se dérouler ? Quelles actions vont être mises en place ?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Préciser si le projet est en transversalité avec des partenaires autres que le ministère de la santé ?

.....

.....

.....

4. METHODE D'EVALUATION ET INDICATEURS CHOISIS

Comment vont être évalués et mesurés les impacts du projet ? Quels outils d'évaluation prévoyez-vous pour vérifier si vous avez atteint les objectifs fixés au départ ?

.....
.....
.....

	INDICATEURS
De réalisation	
De résultats	
D'impact	

5. CALENDRIER

Date de début :

Date de fin :

Fournir le planning des activités en précisant les jours, heures et fréquence des activités.

Fréquence des activités : (à remplir si les activités ont une fréquence régulière)

Nombre de séances par jour :Nombre d'heure.....

Nombre de jour par semaine :Précisez :

Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi Samedi Dimanche

Les activités se déroulent-elles pendant la période scolaire ? Oui Non

Les activités se déroulent-elles pendant les vacances scolaires ? Oui Non

Si oui, précisez la (les) période(s) de vacances scolaires :

Juillet/Août Septembre Octobre/Novembre Décembre/Janvier Février Avril
Mai/Juin

6. PUBLIC VISES

Quelles est la population que vous souhaitez toucher ? (*Plusieurs sont possibles*)

Selon l'âge : Enfants Adolescents Adultes Personnes âgées

Selon le thème : alcool tabac drogues numérique jeux de hasard
autres, précisez :

7. ZONE GEOGRAPHIQUE OU TERRITOIRE DE REALISATION DU PROJET

Lieux de réalisation des activités :

Ile :Commune :

8. MOYENS HUMAINS

Moyens humains mobilisés pour la réalisation du projet :

	Bénévoles	Salariés de la structure		Prestataires	TOTAL
		Permanents (CDI)	Temporaires (CDD, CAE, etc.)		
Nombre de personnes					

Liste des prestataires sollicités :

Nom ou raison sociale du prestataire	N° Tahiti	Qualifications

9. PARTENARIAT AU SERVICE DE L'ACTION

Avez-vous des partenaires pour ce projet ? Oui Non

Si oui, précisez lesquels ainsi que la nature de l'aide apportée (*moyens matériels et humains mis à disposition à titre gratuit pour la réalisation du projet – locaux, matériels et services mobilisés*) :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

10. HISTORIQUE

Avez-vous déjà fait une demande de financement pour l'année 2019 auprès d'un autre ministère que celui de la santé ? Oui Non

Avez-vous déjà reçu une subvention pour les années précédentes auprès du ministère de la santé : Oui Non

Si oui , merci de remplir la partie suivante :

Attestation sur l'honneur:

Je soussigné, (*prénom, nom*) :

Représentant légal de l'association.....

Certifie avoir satisfait à la totalité des obligations relatives à la (aux) subvention(s) précédemment obtenue(s) de la Polynésie française, pour le(s) projet(s) suivant(s) : (*préciser l'intitulé du/des projets, l'année et le montant*) :

.....
.....
.....
.....

Fait à : **Le :**.....

Nom du représentant légal, signature et cachet :

FICHE N° 3 : BUDGET PREVISIONNEL

Nom du projet :

.....

Merci de :

- présenter le budget prévisionnel en remplissant le modèle ci-après ;
- vous assurer que le total des dépenses est égal au total des recettes ;
- et de le signer : signature du président et du trésorier/comptable ;

DÉPENSES	MONTANT	RECETTES	MONTANT
Achats (matières et fournitures)		RESSOURCES PROPRES de l'organisme	
		Participation financière des bénéficiaires de l'action	
SERVICES EXTERIEURS		Fonds propres	
Locations immobilières et mobilières		Sponsoring	
Locations transports		Autres	
Locations de locaux			
Autres services extérieurs			
Assurances		SUBVENTIONS	
Prestations diverses (précisez)		A détailler €	
FRAIS DE PERSONNEL affectés au projet		FINANCEMENT de l'APPEL à PROJET	
		A détailler €	
FRAIS DE STRUCTURES			
Charges fixes			
Frais administratifs et financiers			
TOTAL DES DEPENSES PREVISIONNELLES		TOTAL ES RECETTES PREVISIONNELLES	

Fait à **Le**

**Signature du président
de l'association :**

**Signature du trésorier ou du comptable
de l'association :**

FICHE N° 4 : ATTESTATION SUR L'HONNEUR

Nom du projet :
.....

Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toutes les demandes et quel que soit le montant de la participation sollicitée. Si le signataire n'est pas le représentant légal de la structure, merci de **joindre le pouvoir** lui permettant d'engager celle-ci.

Je soussigné,(*prénom nom*)

Représentant légal de l'association.....

Certifie :

- que l'association est régulièrement déclarée ;
- que l'association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;
- que l'ensemble des prestataires sollicités par le projet sont en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;
- exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de financement introduites auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires ;

Sollicite un financement de (*en lettres*) :
.....

.....F CFP ;

Précise que ce financement, s'il est accordé, devra être versé sur le compte bancaire ou postal de l'association.

Nom du titulaire du compte :

Banque ou centre :

Domiciliation :

Code Banque /Etablissement	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB / RIP

Merci de joindre un relevé d'identité bancaire ou postal. Le nom de l'association devra être écrit en intégralité sans abréviations.

Fait à : **Le :**

Nom du représentant légal, signature et cachet :

FICHE N°5 : FICHE DE SYNTHESE

INTITULE DE L'ACTION

PORTEUR DE PROJET

Nom de l'organisme :

DESCRIPTIF DE L'ACTION

Nature et descriptif de l'action

Thématiques (s) concerné(s) par le projet :

Addictions Alimentation Activité physique Cancers Santé mentale autre

Lieu de réalisation de l'action :

Date de début et de fin :

Fréquence :

OBJECTIFS POURSUIVIS/CRITERES D'EVALUATION

Résultats concrets attendus :

Critères et modalités d'évaluation :

PUBLICS VISES

Nombre total :

Observations/caractéristiques prédominantes du public :

PARTENARIAT MOBILISE

ENCADREMENT

Moyen humain mobilisé :

Qualification :

Statut :

FINANCIER

Coût total de l'action	Financement demandé	Fonds Propres	Autres
------------------------	---------------------	---------------	--------

COMMENTAIRES

**FICHE N°6 : ATTESTATION DE NON CHANGEMENT DE SITUATION DE
L'ASSOCIATION**

Attestation de non changement de situation de l'association

(conformément à l'annexe 1 de l'arrêté 2116 CM du 16 novembre 2017 portant application de la loi du pays n° 2017-32 du 2 novembre 2017 définissant les conditions et les critères d'attribution des aides financières, des avances et prêts et d'octroi des garanties d'emprunt aux personnes morales autres que les communes)

J'atteste que les pièces justificatives mentionnées dans le tableau ci-dessous, annexées à ce formulaire pour l'attribution d'une aide financière,

(1) n'ont pas fait l'objet d'un changement depuis cette transmission

(2) ont fait l'objet d'un changement (*Joindre le (s) justificatif (s) correspondant*)

Cocher la case correspondante pour chaque pièce dans le tableau ci-dessous :

Justificatifs déjà fournis pour bénéficiaire de la même aide financière :	Aucun changement (1)	Changement (2)
Pièces officielles attestant de l'existence légale		
Statut		
Composition des organes dirigeants		
Relevé d'identité bancaire ou postal		

Le

Prénom et Nom du signataire :

Qualité du signataire :

Signature :

Toute fausse attestation expose son auteur à des poursuites pénales.

FICHE N°7 : LISTE DES PIÈCES A FOURNIR

Lettre de demande

- 1. **Lettre de demande à l'attention du ministre de la santé** précisant la thématique, les objectifs et le montant de la demande, signée par le responsable

Budgets et PV approuvant les budgets

- 2. **Procès-verbal** de la session (Assemblée générale ou autre), signé par le Président et le Secrétaire général, au cours de laquelle le budget prévisionnel 2019 a été approuvé
- 3. **Compte financier** du dernier exercice clos (2017) pour des associations qui ont plus d'un an d'existence à la date de la demande OU compte financier provisoire (2018)

Statuts de l'association

- 4. **Récépissé de déclaration de la DIRAJ (DRCL)**
- 5. **Copie de l'insertion au journal officiel de la PF, présentant la composition du bureau en vigueur et conforme aux statuts**
- 6. **Statuts en vigueur**, signés par le président et le secrétaire général

N° TAHITI et RIB

- 7. **N° TAHITI** de l'année de la demande
- 8. **RIB**, original, complet et lisible