

- Subvention Exceptionnelle<sup>(1)</sup>  
 Prêt<sup>(1)</sup>

(1)cocher la case correspondante

## CADRE RESERVE A LA MSA

Dossier suivi par : \_\_\_\_\_

Date de réception de la demande : \_\_\_\_\_

Date d'envoi de l'imprimé : \_\_\_\_\_

Date de réception de l'imprimé : \_\_\_\_\_

AXE 1

AXE 2

AXE 3

AXE 4

AXE 5

## DEMANDEUR

**NOM de l'ASSOCIATION ou de l'ORGANISME** .....

.....

**ADRESSE** .....

.....

### **STATUT JURIDIQUE :**

- Association Loi 1901  
 Etablissement       privé       public  
 Collectivité territoriale : (préciser).....  
 Autre: préciser.....

### **PERSONNE A Contacter :**

Nom.....

Prénom.....

Téléphone : .....

Qualité.....

Fax : .....

E-mail : .....

**OBJET SOCIAL :**

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

**OBJET DE LA DEMANDE**

**Nature de l'aide sollicitée auprès de la MSA :**

- Financement**
- Aide en nature**, préciser.....  
(Affiches, plaquettes....., type et nombre)

<b>Montant de la SUBVENTION sollicitée :</b>	<b>Montant du PRET sollicité :</b>
<input type="text" value="€"/>	<input type="text" value="€"/>

**Motif de l'aide sollicitée :**

<input type="checkbox"/> Démarrage d'activité	<input type="checkbox"/> Aide au développement d'activité
<input type="checkbox"/> Construction d'établissement	<input type="checkbox"/> Développement d'activité existante
<input type="checkbox"/> Restructuration d'établissement	<input type="checkbox"/> Projet innovant
<input type="checkbox"/> Projet d'action ponctuelle	<input type="checkbox"/> Autres, préciser..... .....

## OBJECTIFS ET CONTENU DE L'ACTION OU DU PROJET

### Objectifs de l'action, du projet ou de l'activité

.....

.....

.....

.....

.....

### Description de l'action, du projet ou de l'activité

Etapes, dates principales et contenu de l'action, du projet ou de l'activité

.....

.....

.....

.....

.....

### Domaine

santé     vie sociale

### Effets attendus

.....

.....

.....

.....

.....

**Territoire, localisation de l'action, du projet ou de l'activité**

Département (Préciser)	Canton (Préciser)	Communes (Préciser)	Communauté de communes (Préciser)

**Population concernée**

<input type="checkbox"/> petite enfance (0-3 ans) <input type="checkbox"/> enfance (3-12 ans) <input type="checkbox"/> jeunes (12-18 ans) <input type="checkbox"/> handicapés <input type="checkbox"/> publics fragiles <input type="checkbox"/> personnes âgées <input type="checkbox"/> autre, préciser.....		
<u>Tranche d'âge</u>	<u>Catégorie</u> (Hommes, femmes, personnes seules, étudiants, chômeurs, actifs....)	<u>Population agricole touchée ou concernée</u> (Nombre de ressortissants agricoles touchés)
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
.....	.....	.....
<p><b><u>Y-a-t-il eu une étude ou un diagnostic préalable ?</u></b></p> <input type="checkbox"/> OUI, préciser les principaux éléments : ..... ..... .....  <input type="checkbox"/> NON, préciser pourquoi :..... ..... ..... ..... .....		

## PARTENAIRE(S) DU PROJET

**Indiquez les différents partenaires : institution, organismes, collectivités, associations, usagers....**

(Mettre une croix dans la case correspondante)

Identification du partenaire	Promoteur	Chef de projet	Acteur	Intervenant ponctuel	Financier

**Détaillez la nature et l'objet du partenariat : technique, financier, etc....**

Identification du partenaire	Objet du partenariat

### Place des usagers dans l'action ou le projet

**Les usagers sont-ils ou seront-ils ?** : (Vous pouvez cocher plusieurs cases)

- associés     
  consultés     
  décideurs     
  bénéficiaires  
 autres, préciser.....

Sous quelle forme s'est traduite la place des usagers ?

.....

.....

.....

.....

## BUDGET PREVISIONNEL LIE AU PROJET, A L'ACTION OU A LA STRUCTURE

Pour les Etablissement, préciser uniquement le budget d'investissement « construction » ou « restructuration » et « équipement ».

DEPENSES		RECETTES*	
POSTES	Montant	POSTES	Montant
TOTAL		TOTAL	

\* Détail des subventions :

NOM de l'ORGANISME	Année en cours		
	Demandées	obtenues	refusées
TOTAL			

**Moyens humains non valorisés dans le Budget prévisionnel**

.....

.....

.....

.....

.....

**Moyens matériels**

.....

.....

.....

.....

.....

**MODALITES D'EVALUATION**

.....

.....

.....

.....

.....

**MODALITES DE COMMUNICATION**

.....

.....

.....

.....

.....

# A REMPLIR UNIQUEMENT PAR LES ETABLISSEMENTS

## Caractéristiques de l'établissement

Année de construction de l'établissement :.....

Maître d'ouvrage..... Maître d'œuvre.....

Gestionnaire.....

Situation avant travaux : (description synthétique de l'établissement).....

.....  
.....

Situation après travaux : (description synthétique de l'établissement).....

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

Préciser en quoi la restructuration de l'établissement ajoute ou modifie des éléments de l'activité, des services ou des modalités d'accueil.....

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

Les travaux consistent-ils en une mise aux normes ?    oui    non

Si oui, préciser, lesquels.....

.....

Prix de journée :

avant travaux :

après travaux :

Planning et nature des travaux :

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

**Caractéristiques de la population hébergée**

Nombre TOTAL de résidents ou d'usagers.....

Nombre de résidents ou d'usagers ressortissants du régime agricole à titre principal :.....  
(Prière de joindre la liste avec les NOMS, Prénoms et MATRICULE MSA)

**Caractéristiques de la population hébergée**

(âge moyen, niveau de dépendance, handicaps, besoins spécifiques, etc)

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

**Pour les établissements d'accueil pour personnes âgées, préciser :**

- GMP : avant travaux :..... après travaux :.....

- Type d'accueil :  permanent  temporaire  de jour  
 espaces et aménagements spécifiques pour personnes désorientées

- Autres services, préciser :.....

- Versement de l'APA :  à la personne  à l'établissement

- Intervenants extérieurs, préciser :.....

.....  
.....

**Personnel salarié**

Qualification	Nombre

## **PIECES A JOINDRE :**

**Statuts de l'Association, de l'Organisme**

**Liste des membres du Conseil d'Administration**

**Compte de résultat année N-1**

**Bilan au 31/12 de l'année N-1**

**Descriptif détaillé du projet et/ou de l'action**

**Etude préalable (diagnostic, analyse des besoins....)**

**Budget d'investissement en recettes et dépenses**

**Budget de l'action ou du projet en recettes et dépenses**

**Plaquettes ou dépliants de présentation de l'action de l'association ou de l'organisme**

## **Pour les ETABLISSEMENTS**

**Liste des résidents ressortissants du régime agricole à titre principal**

**Projet de Vie**

**Avis favorable du CROSS**

**Arrêté de création et d'agrément des autorités compétentes**

**Convention tripartite (EHPAD)**

**Plans**

**Contrat de séjour**

**Plaquette ou dépliant de présentation**

## **Pour les collectivités locales :**

**Copie de délibération sur la création du service ou de l'établissement**

## ENGAGEMENTS CONTRACTUELS

### La structure s'engage :

- A justifier, par tous moyens demandés par la MSA, de l'utilisation de la subvention accordée, et autorise la MSA à prendre contact avec le comptable de la structure.

### La structure déclare :

- Avoir pris connaissance que la MSA peut, dans le cadre d'opérations de contrôle ayant pour but de vérifier la nature, l'emploi et la bonne exécution de cette subvention, procéder à des enquêtes sur place ou sur pièces.
- Avoir pris connaissance que l'examen de son dossier ne pourra avoir lieu qu'après réception, par la MSA, de la totalité des pièces demandées. Tout dossier incomplet sera retourné à l'association.
- Avoir pris connaissance que la Caisse se réserve la possibilité de prendre contact avec les autres partenaires indiqués.

Fait à..... le.....

Signature, cachet et qualité du signataire