

## DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION 2024

### Partie à compléter par le demandeur

Nom de la structure :

Intitulé du projet :

Thématique principale du Projet Régional de Santé de Mayotte

S'agit-il d'une action déjà financée par l'ARS en 2023 ?  Oui  Non

S'agit-il de la poursuite d'une action menée antérieurement ?  Oui  Non

S'agit-il d'une action ponctuelle ?  Oui  Non

Montant de la subvention sollicitée auprès de l'ARS : ..... €

**Il est rappelé que le demandeur doit déposer un dossier par projet ou par action.**

**Le présent dossier doit être retourné dûment complété à l'adresse e-mail suivante :**

[ars-mayotte-firintervention@ars.sante.fr](mailto:ars-mayotte-firintervention@ars.sante.fr)

Le projet déposé doit s'inscrire d'un l'un (ou plusieurs) des axes du Projet Régional de Santé de Mayotte. Merci d'indiquer, en cochant la (ou les) case(s), dans quel(s) axe(s) vous vous inscrivez :

Axes thématiques		Axes transversaux	
<input type="checkbox"/>	Renforcer les capacités de prise en charge sanitaire des patients (axe 01)	<input type="checkbox"/>	Organiser la planification des politiques de santé pour faciliter l'accès aux soins (axe 01)
<input type="checkbox"/>	Augmenter de façon pérenne le nombre de professionnel de santé (axe 02)	<input type="checkbox"/>	Renforcer la résilience du système de santé (axe 02)
<input type="checkbox"/>	Diminuer la prévalence de maladies chroniques (axe 03)	<input type="checkbox"/>	Agir sur les déterminants de la santé de façon partenariale (axe 03)
<input type="checkbox"/>	Améliorer la santé sexuelle, reproductive et familiale de la population (axe 04)	<input type="checkbox"/>	Améliorer et augmenter la connaissance en santé (axe 04)
<input type="checkbox"/>	Prévenir et maîtriser les risques infectieux (axe 05)	<input type="checkbox"/>	Accroître le niveau d'éducation en santé de l'ensemble de la population (axe 05)
<input type="checkbox"/>	Bâtir une politique de santé mentale en articulation avec les spécificités culturelles (axe 06)	<input type="checkbox"/>	Organiser et animer une politique de gouvernance en santé au plus près des citoyens (axe 06)
<input type="checkbox"/>	Améliorer le parcours de vie et de santé des personnes âgées en situation de handicap au regard de leurs besoins et leurs envies (axe 07)		

## DOCUMENTS A FOURNIR

### Si vous n'avez jamais déposé de demande de subvention auprès de l'ARS de Mayotte :

1. les statuts de l'association déposés ou approuvés,
2. la liste des membres du conseil d'Administration et du Bureau,
3. un RIB ou l'identification du comptable public (si collectivité publique),
4. si dossier non signé par le représentant légal, le pouvoir donné par ce dernier au signataire,
5. les comptes approuvés du dernier exercice clos,
6. le rapport du commissaire aux comptes pour les associations qui en ont désigné un, notamment celles qui ont reçu annuellement plus de 153.000 € de dons ou de subventions,
7. le plus récent rapport d'activité approuvé.

### Si vous avez déjà déposé une demande de subvention auprès de l'ARS de Mayotte :

1. en cas de modification depuis le dépôt d'une demande initiale : les statuts déposés ou approuvés et la liste des membres du conseil d'Administration et du Bureau.
2. dans tous les cas, fournir les documents suivants :
  - a) un relevé d'identité bancaire récent ;
  - b) si dossier non signé par le représentant légal, le pouvoir de ce dernier au signataire ;
  - c) le rapport du commissaire aux comptes pour les associations qui en ont désigné un, notamment celle qui ont reçu annuellement plus de 153.000 € de dons ou de subventions ;
  - d) le plus récent rapport d'activité approuvé.

## I. PRESENTATION DE LA STRUCTURE

### 1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

<b>Nom</b>	<b>Sigle</b>
<b>Objet</b>	<b>Activité Principale</b>

<b>Coordonnées</b>	<b>Adresse du siège social</b>	<b>Adresse de correspondance</b>
<b>Adresse</b>		
<b>Code Postal et Commune</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>Courriel</b>		
<b>Site internet</b>		

	<b>Représentant légal</b>	<b>Personne chargée du dossier</b>
<b>Nom</b>		
<b>Prénom</b>		
<b>Téléphone</b>		
<b>courriel</b>		

	Président	Trésorier	Secrétaire
Nom			
Prénom			
Téléphone			
courriel			

## 2. RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS ET JURIDIQUES

Renseignements juridiques	
Numéro de SIRET ou de SIREN	
Date de déclaration en Préfecture	
Date de publication au Journal Officiel	
Votre association est-elle (cocher la case)	<input type="checkbox"/> Nationale <input type="checkbox"/> Régionale <input type="checkbox"/> Locale
Affiliation à une union, une fédération ou à un réseau ? Si oui, indiquer le nom complet (ne pas utiliser de sigle)	

Renseignements administratifs	Oui	Non
Votre structure dispose-t-elle d'un agrément administratif ? Si Oui : - date : ..... - type d'agrément : ..... - autorité d'agrément : .....		
Votre association bénéficie-t-elle d'un label ?		
Votre structure est-elle reconnue d'utilité publique ?		
Votre structure dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ?		

## 3. BUDGET ET PERSONNELS DE LA STRUCTURE

Synthèse des effectifs de la structure à renseigner :

	Nombre	ETP
Salariés en CDI		
Salariés en Adhérents <i>dont CDD</i> <i>dont emplois aidés</i>		
Bénévoles (personne contribuant régulièrement à 'activité de l'association et de manière non rémunérée)		
Adhérents (personne ayant marqué formellement son adhésion aux statuts de l'association)		

#### 4. BUDGET ANNUEL DE LA STRUCTURE

CHARGES	MONTANT	PRODUITS	MONTANT
<b>60 Achats</b>	- €	<b>70 Ventes de produits finis, de marchandises, prestations de service</b>	- €
Prestation de services	- €		
Matières et fournitures	- €	<b>74 Subvention d'exploitation</b>	- €
Autres fournitures	- €	ARS PREVENTION	
		ETAT préciser les services sollicités	
<b>61 Services extérieurs</b>	- €	1	
Locations	- €	2	
Entretien et réparation	- €	3	
Assurances	- €	Région	
Documentation	- €	Département	
		Communes préciser les communes	
<b>62 Autres services extérieurs</b>	- €	1	
Honoraires	- €	2	
Publicité	- €	3	
Déplacements, missions	- €	Intercommunalités	
Services bancaires, autres	- €	Organismes sociaux (détailler)	
		Fonds européens	
		Agence de service et de paiement ( ex CNASEA)	
<b>63 Impôts et taxes</b>	- €	Autres établissements publics	
Impôts et taxes sur rémunération	- €	Aides privées	
Autres impôts et taxes	- €		
<b>64 Charges de personnel</b>	- €		
Rémunération des personnels	- €		
Charges sociales	- €		
Autres charges de personnel	- €		
<b>65 Autres charges de gestion courante</b>	- €	<b>75 Autres produits de gestion courante</b>	- €
		Dons cotisation, dons manuels, legs	
<b>66 Charges financières</b>	- €	<b>76 Produits financiers</b>	
<b>67 Charges exceptionnelles</b>	- €		
<b>68 Dotations aux amortissements</b>	- €	<b>78 Reprises sur amortissement et provision</b>	- €
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	- €	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	- €
<b>86 Emplois des contributions volontaires en nature</b>	- €	<b>87 Contributions volontaires en nature</b>	- €
Secours en nature		bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
<b>TOTAL CHARGES</b>	- €	<b>TOTAL PRODUITS</b>	- €

NE PAS INDIQUER LES CENTIMES D'EUROS

## II. PRESENTATION DU PROJET OU DE L'ACTION

### 1. OBJECTIFS ET RESULTATS

Objectifs :

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

Résultats qualitatifs et quantitatifs attendus :

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

### 2. MODALITES DE MISE EN ŒUVRE

Description du contenu et des modalités de réalisation :

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

Date de début prévisionnelle : .....

Durée de l'action (nombre de mois ou jours) : .....

Etapes et calendrier :

Intitulé de l'étape	Description	Calendrier prévisionnel

### 3. PUBLIC CIBLE (Plusieurs choix possibles)

<input type="checkbox"/> Tout public	<input type="checkbox"/> Femmes enceintes
<input type="checkbox"/> Nourrissons [0-2 ans]	<input type="checkbox"/> Personnes handicapées
<input type="checkbox"/> Jeunes enfants [3-5 ans]	<input type="checkbox"/> Personnes en situation de précarité
<input type="checkbox"/> Enfants [6-12 ans]	<input type="checkbox"/> Personnes détenues et/ou sous main de justice
<input type="checkbox"/> Adolescents [13-18 ans]	<input type="checkbox"/> Personnes en situation de prostitution
<input type="checkbox"/> Jeunes adultes [19-25 ans]	<input type="checkbox"/> Professionnels, acteurs de terrain...
<input type="checkbox"/> Adultes [26-64 ans]	<input type="checkbox"/> Usagers
<input type="checkbox"/> Personnes âgées [65 ans et +]	

Modalités d'implication des publics dans la définition, la mise en œuvre et l'évaluation de l'action :

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

**4. TERRITOIRE D'INTERVENTION**

- Département
- Commune, à préciser :
- Communauté de commune, à préciser :
- Quartier, à préciser :
- Autre, à préciser :

▶ Pourquoi ce(s) territoire(s) ?

**5. MILIEU D'INTERVENTION**

- Espace public/milieu de la vie courante
- Milieu familial
- Milieu scolaire
- Milieu de l'insertion
- Milieu institutionnel (carcéral,.....)
- Milieux sportifs ou de loisirs
- Milieu du travail
- Autre, à préciser :

Dans quelle structure se déroule le projet (établissement scolaire,...) (si plusieurs structures, joindre liste) ? .....

**6. TYPOLOGIE DU PROJET**

Précisez le type d'action prévue (plusieurs réponses possibles) :

- Accueil, écoute, orientation
- Information, sensibilisation
- Communication (relais de campagnes nationales de prévention)
- Intervention éducative de proximité :
  - Sensibilisation ponctuelle (journée, forum, exposition...)
  - Programme d'action continue (ateliers santé, groupes de parole...)
  - Séances individuelles (prise en charge, accompagnement personnalisé,...)
- Education du patient

- Soutien aux aidants et proches
- Repérage et dépistage
- Coordination et animation de réseau
- Appui méthodologique aux acteurs de terrain (démarche de projet, évaluation)
- Production ou valorisation d'outils pédagogiques
- Documentation (diffusion de brochures, livres, outils...)
- Formation des professionnels et échange de pratiques
- Autre, précisez :

**7. PARTENARIAT**

Partenaires mobilisés pour le projet (hors financiers) :

Nom du partenaire	Type de partenaire (privé, public)	Rôle prévu dans l'action (opérationnel et facilitateur)

De quelle manière sont envisagés les partenariats et leur mise en réseau :

.....

.....

.....

.....

.....

### III.MOYENS HUMAINS ET FINANCIERS DEDIE AU PROJET

#### Budget prévisionnel de l'action proposée (à compléter sans les centimes)

CHARGES	MONTANT	PRODUITS	MONTANT
<b>60 Achats</b>	- €	<b>70 Ventes de produits finis, de marchandises, prestations de service</b>	- €
Prestation de services	- €		
Matières et fournitures	- €	<b>74 Subvention d'exploitation</b>	- €
Autres fournitures	- €	ARS PREVENTION	
		ETAT préciser les services sollicités	
<b>61 Services extérieurs</b>	- €	1	
Locations	- €	2	
Entretien et réparation	- €	3	
Assurances	- €	Région	
Documentation	- €	Département	
		Communes préciser les communes	
<b>62 Autres services extérieurs</b>	- €	1	
Honoraires	- €	2	
Publicité	- €	3	
Déplacements, missions	- €	Intercommunalités	
Services bancaires, autres	- €	Organismes sociaux (détailler)	
		Fonds européens	
		Agence de service et de paiement ( ex CNASEA)	
<b>63 Impôts et taxes</b>	- €	Autres établissements publics	
Impôts et taxes sur rémunération	- €	Aides privées	
Autres impôts et taxes	- €		
<b>64 Charges de personnel</b>	- €		
Rémunération des personnels	- €		
Charges sociales	- €		
Autres charges de personnel	- €		
<b>65 Autres charges de gestion courante</b>	- €	<b>75 Autres produits de gestion courante</b>	- €
		Dons cotisation, dons manuels, legs	
<b>66 Charges financières</b>	- €	<b>76 Produits financiers</b>	
<b>67 Charges exceptionnelles</b>	- €		
<b>68 Dotations aux amortissements</b>	- €	<b>78 Reprises sur amortissement et provision</b>	- €
<b>TOTAL DES CHARGES</b>	- €	<b>TOTAL DES PRODUITS</b>	- €
<b>86 Emplois des contributions volontaires en nature</b>	- €	<b>87 Contributions volontaires en nature</b>	- €
Secours en nature		bénévolat	
Mise à disposition gratuite de biens et prestations		Prestations en nature	
Personnel bénévole		Dons en nature	
<b>TOTAL CHARGES</b>	- €	<b>TOTAL PRODUITS</b>	- €

NE PAS INDIQUER LES CENTIMES D'EUROS



Précisez le détail des dépenses envisagées :

<b>Postes 60 à 62</b>	<b>Nature de la dépense</b>	<b>Montant</b>
Achats		
Prestation de service		
Matières et fournitures		
Location		
Entretien		
Assurance		
Honoraires		
Publicité		
Déplacements, missions		

Précisez la composition des personnels rattachés au projet :

<b>NOM-PRENOM</b>	<b>FONCTION</b>	<b>ETP</b>	<b>STATUT</b> S = salarié B = bénévole M = mise à disposition

## IV. EVALUATION

Cette rubrique doit vous permettre de réfléchir sur les modalités que vous souhaitez mettre en place pour voir évaluer votre projet pendant et après sa réalisation.

### Définition de l'évaluation du processus :

Elle prend en compte l'implantation, le déroulement de l'action (calendrier et différentes étapes), la communication (moyens utilisés : médias, enquêtes, création de supports), la concertation (rôle des partenaires : financeurs, pilotage opérationnel, implication des partenaires).

### Définition de l'évaluation des résultats :

Elle décrit les moyens humains, matériels, financiers, les effets escomptés et obtenus (degré d'atteinte des objectifs préalablement définis) mesurés par des indicateurs qualitatifs et quantitatifs (également préalablement définis) et les effets induits et/ou escomptés.

### 1. STRUCTURE CHARGÉE DE L'ÉVALUATION

- Auto-évaluation
- Recours à un évaluateur externe, à préciser :

### 2. MODALITÉS

Description de la méthodologie retenue :

Outils :

- Questionnaires
- Tableau de bord
- Entretiens de groupe ou individuels
- Autres outils, à préciser :

Personnes associées à l'évaluation :

- Bénéficiaires de l'action
- Partenaires de l'action
- Intervenants de l'action

### 3. CRITERES D'ÉVALUATION

OBJECTIFS ÉVALUÉS	INDICATEURS RETENUS	RÉSULTATS QUALITATIFS ET QUANTITATIFS ATTENDUS

## DECLARATION SUR L'HONNEUR

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande (initiale ou renouvellement) quel que soit le montant de la subvention sollicitée.**

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

Cette attestation doit obligatoirement être imprimée et signée, et transmise par courriel ou par voie postale à l'adresse suivante :

**Agence Régionale de Santé de Mayotte**  
Centre KINGA – 90, Route Nationale 1 – Kawéni – BP 410  
[ars-mayotte-firintervention@ars.sante.fr](mailto:ars-mayotte-firintervention@ars.sante.fr)

Je soussigné(e) (nom et prénom) .....

Représentant(e) légal(e) de l'association.....

Déclare :

- que l'association est à jour de ses obligations administratives, comptables, sociales et fiscales (déclarations et paiements correspondants) ;
- que l'association souscrit au contrat d'engagement républicain annexé au décret pris pour l'application de l'article 10-1 de la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 relative aux droits des citoyens dans leurs relations avec les administrations ;
- exactes et sincères les informations du présent formulaire, notamment relatives aux demandes de subventions déposées auprès d'autres financeurs publics ;
- que l'association respecte les principes et valeurs de la Charte des engagements réciproques conclue le 14 février 2014 entre l'État, les associations d'élus territoriaux et le Mouvement associatif, ainsi que les déclinaisons de cette charte ;
- que l'association a perçu un montant total et cumulé d'aides publiques (subventions financières -ou en numéraire- et en nature) sur les trois derniers exercices (dont l'exercice en cours)  inférieur ou égal à 500 000 € ou  supérieur à 500 000 € (cocher la case)
- que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'association (joindre un RIB daté et signé par le Président de l'Association ou son représentant)

Fait, le ..... à .....

Signature :

---

Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal

Conformément au règlement (UE) 2016/679 du Parlement européen et à la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pouvez accéder aux données vous concernant ou demander leur effacement. Vous disposez également d'un droit d'opposition, d'un droit de rectification et d'un droit à la limitation du traitement de vos données. Pour exercer ces droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données de l'ARS ([ars-mayotte-dpo@ars.sante.fr](mailto:ars-mayotte-dpo@ars.sante.fr))