**APPEL A PROJET**

**programme de soutien aux EHPAD PENDANT la période de crise sanitaire COVID-19- octobre 2020**

**Formulaire de demande d'aide financière**

***A renvoyer par mail à l’adresse suivante :***

[***conferencedesfinanceurs02@aisne.fr***](mailto:actions.collectives@carsat-nordpicardie.fr)

***Date limite de dépôt des projets : 23 novembre 2020***

## IDENTIFICATIONDE L’ETABLISSEMENT

**Coordonnées**

Nom de l’EHPAD :

Site *(Pour les EHPAD disposant de plusieurs sites géographiques, une demande par site est acceptée) :* …………………………………………………………………………………………………………………………………………………. Adresse : n°……… rue :

Complément d’adresse :

Code Postal |\_\_|\_\_|\_\_|\_\_|\_\_| Ville :

N° de téléphone |\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_||\_\_|\_\_|

Adresse mail :

Statut : ❒ public ❒ privé non lucratif ❒ privé lucratif

**Nombre de places autorisées[[1]](#footnote-1) :** ………………………………………………………………………………………………………..

**Représentant légal de la structure**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail (si différente de la structure) :

**Contact en charge du projet**

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse mail (si différente de la structure) :

## DEMANDE DE SOUTIEN

**Rédiger en quelques lignes le projet de l’établissement, le profil de la personne recrutée et les missions qui lui seront confiées**

## Budget prévisionnel

* + *Rappel : l'aide financière accordée est limité à 0.5 ETP 2 mois*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Dépenses** | | **Recettes** | |
| Achats : | **Prévisionnelles** | Vente de produits ou de prestation : | **Prévisionnelles** |
| Charges de personnel : |  | Subventions |  |
| -rémunération des personnels directement affectés à l'action | 0 | -Conférence des financeurs | 0 |
|  | 0 | -autre (à préciser) | 0 |
| Autres dépenses (à préciser) |  | Autres produits |  |
| - | 0 |  | 0 |
| - | 0 |  | 0 |
| Contributions volontaires en nature |  | Contributions volontaires en nature |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES RECETTES** |  |

**Coût du projet ………………… €**

**Montant de l'aide sollicitée auprès de la CFPPA : ………………… €**

Date :

Signature :

1. Hors USLD et accueil de jour [↑](#footnote-ref-1)