0

Le dossier de demande dûment complété doit être transmis
**avant le 24 octobre 2025** à la Carsat Languedoc-Roussillon,
par courriel à

montpellieractionsocialeetsante@carsat-lr.fr

benedicte.gayraud@carsat-lr.fr

Actions collectives de prévention

**BIENVENUE A LA RETRAITE**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Demande de subvention

*2025*

1. TABLEAU SYNTHÉTIQUE

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure porteuse** |  |
| **Coordonnateur du projet** (Prénom, NOM, courriel) |  |
| **Nombre d’ateliers proposés en présentiel pour 2026** |  |
| **Nombre d’ateliers proposés en distanciel pour 2026** |  |
| **Communes souhaitées pour le déploiement**  |  |
| **Montant de la subvention demandée**  |  |
| **Coût total du projet** *(en euros)* |  |

Pièces à joindre au dossier

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Documents** | **Fourni****(cocher)** | **Non concerné****(cocher)** |
| Le formulaire de candidature signé, daté et complété \* | [ ]  |  |
| Les statuts de la structure \* | [ ]  |  |
| Une attestation Urssaf, datant de moins de 6 mois, précisant que votre structure est à jour du versement de ses cotisations sociales *Pour information, l’Urssaf délivre ce type d’attestation sur son site internet* | [ ]  | [ ]  |
| Une copie de l’arrêté d’agrément ou d’autorisation, si la structure en dispose | [ ]  | [ ]  |
| Un relevé d’identité bancaire \* | [ ]  |  |
| Une copie de la déclaration au Journal Officiel ou les documents officiels de la déclaration de la structure | [ ]  | [ ]  |
| Le rapport d'activité de l'année N-1 ou N-2 à défaut \* | [ ]  |  |
| Le bilan et compte de résultat de l'année N-1 ou N-2 à défaut \* | [ ]  |  |
| Toute pièce utile à l’évaluation du dossier :- des compétences et expériences du porteur dans l’accompagnement du public cible (retraités/futurs retraités/travailleurs en situation de handicap/publics fragilisés),- de l’ancrage territorial du porteur (partenariat territorial : conventions, …) - la programmation prévisionnelle des ateliers et des actions de promotion(s) envisagée(s) - le profil des professionnels animateurs (qualification …),- du budget prévisionnel équilibré, daté et signé de la structure | [ ]  | [ ]  |

***\* Documents à fournir obligatoirement***

1. STRUCTURE PORTEUSE DU PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| Nom  |  |
| Adresse  |  |
| N° SIRET  |  |
| Tél. |  |
| Courriel |  |

## Statut

[ ]  Public

[ ]  Associatif

[ ]  Structure d’économie sociale et solidaire *(coopérative, mutuelle, fondation…)*

[ ]  Privé – à but lucratif

[ ]  Autres, à préciser *(Groupement d’Intérêt Public …)* :

## Responsables

| REPRÉSENTANT LÉGAL : |
| --- |
| Qualité : |
| Nom : | Prénom : |
| Téléphone : | Courriel : |

|  |
| --- |
| PERSONNE CHARGÉE DU PILOTAGE DU PROJET AU SEIN DE LA STRUCTURE : |
| Fonction :  |
| Nom :  | Prénom :  |
| Téléphone :  | Courriel :  |

## Objet de la structure

* Présentation de son organisation et de ses actions habituelles. Ces éléments permettront d’évaluer l’aptitude de la structure porteuse et du coordonnateur à diriger le projet.
* Présentation de ses missions et expériences dans le champ de la prévention de la perte d’autonomie, notamment de prévention santé, et/ou de lien social, et de la connaissance du public ciblé.
1. PRÉSENTATION DU PROJET

|  |  |
| --- | --- |
| **Nombre total d’ateliers** **envisagés en 2026 :** |  |
| **Rappel : 1 atelier comprendra à minima les 5 modules suivants :** * **A la retraite : mes démarches administratives et financières, la gestion de mon budget**
* **Retraite : mes envies, mes projets, mon tempo !**
* **Je continue de prendre soin de moi**
* **Du temps pour soi, du temps à offrir aux autres**
* **Bilan : votre expérience nous intéresse, retrouvons-nous pour faire le bilan de votre atelier !**

**Le candidat peut ajouter les séances complémentaires suivantes :** * **Aider un proche au quotidien et veiller à son équilibre**
* **100% mobile**
* **S’enrichir de nos différences d’âge**

**1 module/thématique = 1 séance** |

|  |
| --- |
| **MODALITES DE REALISATION DE L’ATELIER :** |
| **Public(s) visé(s) :** | Futurs retraités [ ]  OUI [ ]  NON |
| Retraités [ ]  OUI [ ]  NON |
| **Format(s)** *Préciser le(s) type(s) d’actions prévues, le déroulé…* |
| **Format(s) choisis :** | [ ]  Présentiel [ ]  Distanciel |
| **Durée :** | [ ]  1 journée Ou :[ ]  2 jours + 1 séance bilanOu :[ ]  3,4,5… séances + 1 séance bilan. |

## 3.1 : Territoires couverts et Calendrier du projet

* Proposition et planning des ateliers :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Lieu de l’atelier (commune de réalisation) | Code Postal | Format de l’atelier | Durée choisie | Thématique(s) complémentaire(s) choisie(s) | Date de mise en place |
| MONTPELLIER | 34000 | Présentiel | 1 journée : 4 séances obligatoires |  | Fév 2026 |
| MEZE | 34140 | Présentiel | Un atelier de 5 séances : 4 obligatoires + 1 complémentaire + 1 séance bilan | « J’aide un proche au quotidien » | Mars 2026 |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

## 3.2 : Outils de suivi et d’évaluation

* Les éléments permettant de réaliser l’évaluation de l’action seront adressés aux opérateurs avec la notification d’accord des décisions.
* **Un bilan quantitatif et qualitatif de l’action** sera à réaliser par la structure et sera travaillé avec la Carsat Languedoc-Roussillon afin de répondre aux attentes.
1. BUDGET PRÉVISIONNEL DE L'ACTION

Le budget doit présenter l’intégralité du projet en tenant compte des financeurs autres que la Caisse régionale (Carsat, CGS/CGSS ou Cnav IDF).

Il doit être **équilibré en dépenses et en recettes**.

Le modèle présenté ci-après en page 7 est donné à titre indicatif et est non exhaustif. Il sera demandé à la structure de présenter ce même budget, réalisé, à la fin du projet.

|  |
| --- |
| * **Pour mémoire : les ateliers sont proposés à titre gratuit. Aucun frais ne doit être demandé aux participants**
 |
| * **Le montant de la subvention intégrera un montant forfaitaire :**
	+ **Pour la collation de bienvenue,**
	+ **Ainsi que pour le déjeuner pris en commun pour le format d’un atelier réalisé sur la journée**
 |

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des DEPENSES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Frais de personnel *dont charges sociales*  | 0,00 € |
|  |
| 2. Fonctionnement des activités (location de salle, petit matériel, denrées alimentaires, frais d’impressions etc) | 0,00 € |
| 3. Impôts et taxes | 0,00 € |
| Impôts et taxes sur rémunérations | 0,00 € |
| Autres impôts et taxes | 0,00 € |
| 4. Partenariats/intervenants (rémunérations d'intervenants, frais de transport et d'hébergement, etc.) | 0,00 € |
| 5. Immobilisations incorporelles (frais de recherches et développement, logiciels, etc.) | 0,00 € |
| 6. Immobilisations corporelles | 0,00 € |
| Matériel de transport | 0,00 € |
| Bâtiment  | 0,00 € |
| Mobilier de bureau | 0,00 € |
| Matériel informatique | 0,00 € |
| 7. Autres charges | 0,00 € |
| **TOTAL DEPENSES** | **0,00 €** |

|  |  |
| --- | --- |
| **Libellé des RECETTES** | **Montant Prévisionnel** |
| 1. Ressources propres  | 0,00 € |
|
| 2. Financement(s) privé(s) - entreprises et fondationsPréciser : ……………. | 0,00 € |
|
| 3. Autres financement Préciser : ……………. | 0,00 € |
|
| 4. Subvention Assurance retraite via la Caisse régionale (Carsat, CGS/CGSS ou Cnav IDF) | 0,00 € |
|
| 5. Subvention Etat – collectivités – conférences des financeursPréciser : ……………. | 0,00 € |
|
|
| 6. Autres subventions publiquesPréciser : ……………. | 0,00 € |
|
|
| **TOTAL DES RESSOURCES** | **0,00 €** |

Je soussigné(e)

En ma qualité de

Certifie l'exactitude des renseignements et éléments transmis dans le cadre de ma demande de subvention.

Fait à : Le :

 **Signature Cachet de la structure**