

DEMANDE DE SUBVENTION POUR UNE ACTION COLLECTIVE

Ateliers de prévention bien vieillir/santé

- nutrition
- activités physiques / équilibre / prévention des chutes
- mémoire et capacités cognitives
- bien-être / estime de soi / relaxation
- autre

Lien social

Usage du numérique (formation, ateliers)

Sécurité routière

Manifestation ponctuelle (journée d'information, conférence, salon...)

Aide aux aidants

Nom du projet :

Descriptif succinct du projet :

(en indiquant le nombre de personnes concernées, le lieu de l'action, les dates prévisibles de commencement et d'achèvement de l'action)

.....

.....

.....

Pièces à joindre impérativement au dossier de demande

- fiche projet : contexte, objectifs, profil des bénéficiaires, territoire de l'action, contenu du projet, déroulement dans le temps, organisation, partenaires etc ...
- budget prévisionnel de l'action faisant apparaître précisément le montant de la subvention demandée
- devis des prestations et matériels/supports techniques
- attestation de SIRET ou extrait K-bis
- le dernier bilan et compte de résultat ou compte administratif
- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

Fait à, le

Signature

LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Indre



avec le concours financier de la CNSA

FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

DOSSIER À ENVOYER

par courrier à Centre Local d'Information et de Coordination (CLIC)
 Maison Départementale de la Solidarité
 Centre Colbert - Bâtiment E
 4 rue Eugène Rolland
 BP 601
 36 020 CHATEAUROUX cedex

par mail à clic36@indre.fr

Pour tous renseignements Contacter le CLIC au 02 54 08 37 20

| Cadre réservé à l'administration | | |
|---|---|--------------------|
| Nom du demandeur ou de l'association | N° dossier | O aides techniques |
| Prénom | Emission | |
| Adresse | Dépôt | O aides à l'aidant |
| Code postal Commune | Présentation en comité technique | |

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

la personne âgée

Nom

Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse domicile

CP - Commune Tél.....

APA (allocation personnalisée autonomie) oui non

si oui GIR.....

Caisse de retraite principale : CARSAT MSA SSI

autre, précisez

Complémentaire santé/Mutuelle : oui non

Nom de l'organisme.....

Situation familiale : marié(e) divorcé(e) veuf(ve) en concubinage célibataire

Nombre de personnes au foyer

une association

organisme public

organisme privé

Nom Statut juridique.....

Adresse du siège social.....

N° siret..... Code APE.....

Activité principale.....

Représentant légal

Nom et prénom..... Fonction.....

Tél..... Mail@.....

Personne en charge du projet

Nom et prénom..... Fonction.....

Tél..... Mail@.....

DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

Aide technique

Appareillages (appareil auditif, prothèse dentaire)

Domotique - Equipement/matériel connecté

Aide à l'aidant

Description de l'aide

Avez-vous fait une demande d'aide financière complémentaire

oui non

demande refusée

demande en cours

si oui, auprès de quel organisme.....

si oui, montant accordé.....

Pièces à joindre impérativement au dossier de demande

devis (pour toute demande d'appareils auditifs produire deux devis)

si bénéficiaire APA, copie de la notification

copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (et celui du concubin le cas échéant)

copie de la prescription médicale ou un justificatif attestant du besoin de l'aide par un professionnel de santé ou du secteur médico-social

un relevé d'identité Bancaire ou Postal au nom du demandeur

justificatif des montants pris en charge (ou non) par la sécurité sociale et par la complémentaire santé (pour les aides inscrites à la LPPR)

justificatif d'attribution ou de refus des aides financières complémentaires ou indiquer en attente

Fait à, le

Signature