

**Dossier de candidature**

**Appel à manifestation d’intérêt**

**2024**

**FICHE SYNTHÉTHIQUE**

**Département concerné :**

* 04
* 05
* 06
* 13
* 83
* 84

**Secteur concerné :**

* Enfants
* Adultes
* Transversal

**Thématique :**

* Améliorer les réponses en faveur des enfants ASE/handicap
* Répondre aux situations complexes
* Soutenir les aidants/ Développer l’offre de répit
* Favoriser les réponses inclusives
* Améliorer l’offre à destination des PHV

**Description synthétique du projet (10 lignes) :**

**Public cible :**

* Creton
* ASE-Handicap
* PHV
* Aidants
* TSA-TND
* Polyhandicap
* Handicap rare
* Autre (précisez)

**Nombre de solutions créées :**

**Montant du projet :**

**Année de déploiement 2024 :**

* Oui
* Non (dans ce cas précisez l’année de déploiement)

1. **Identification du porteur de projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Présentation du porteur** | |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Nom, fonction et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

1. **Description du projet**

*Décrire le projet en lien avec les enjeux stratégiques évoqués dans l’AMI en précisant dans quel contexte les actions seront déployées, en décrivant les missions qui seront mises en oeuvre, le nombre de personnes concernées, le public cible…* ***Le dossier doit décrire les projets de transformation/évolution de l’offre.***

*Décrire la composition de l’équipe dédiée à l’action, les moyens mis en œuvre.*

*Décrire la couverture territoriale et les modalités de fonctionnement.*

1. **Le financement du projet**

*Détailler le budget prévisionnel du projet. Préciser le montant du financement demandé.*

**BUDGET PRÉVISIONNEL**

Montant par poste de dépense :

G1 :

G2 :

G3 :

Montant du financement demandé :

1. **Partenariats et coopérations avec les autres acteurs du territoire**



|  |  |
| --- | --- |
| **Secteur** | **Partenaire(s)** |
| Avec le secteur médico-social |  |
| Avec le secteur sanitaire et la médecine de ville, dispositifs de consultations dédiés … |  |
| Avec l’Education Nationale |  |
|  |  |
| ….. |  |

1. **Calendrier de déploiement**