



Fonds de dotation du CHU de La Réunion

DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION

Partie réservée au fonds de dotation

Dossier reçu le :/...../.....

Numéro de dossier :

Veillez cocher la case correspondant à votre demande :

Première demande

Renouvellement d'une demande (Attention : récurrence de la demande limitée à 3 ans)

Informations pratiques

Qu'est-ce que le dossier de demande de subvention ?

Ce dossier doit être utilisé par tout organisme/ association sollicitant une subvention auprès du CHU de La Réunion dans le cadre de l'appel à projets Fonds de dotation du CHU de La Réunion. Il concerne le financement d'actions spécifiques dans le domaine de la santé, du bien-être des patients et des professionnels, de l'innovation, de la Responsabilité sociétale et environnementale et de la culture.

Si votre demande de subvention est validée, un compte rendu financier et un bilan qualitatif devront nous être retournés dans les 6 mois suivant la fin de l'exercice pour lequel la subvention a été accordée.

Attention :

- Un seul projet par association sera accepté (si vous avez plusieurs idées, choisissez bien !) ;
- Les subventions ne peuvent couvrir que des coûts directement liés à la réalisation du projet, elles ne financent pas de frais de fonctionnement autres que ceux liés aux projets (rémunération du personnel, fournitures et consommation courante, participation aux charges d'organismes extérieurs,...) ;
- Tout dossier présentant un potentiel conflit d'intérêt sera rejeté.

Seront privilégiés les projets qui :

- Comportent une dimension humaine importante ainsi que des objectifs concrets et des résultats consultables et mesurables ;

- Bénéficiaire de financements complémentaires et reposant sur un budget précis et détaillé ;
- Intègre les parties prenantes à l'élaboration du projet (équipes soignantes, socio-éducatives, milieu associatif, ...etc);

Peuvent être mis en oeuvre dans un délai d'un an et s'appuyant sur des acteurs et partenaires locaux.

Présentation et informations de l'organisme/association

Raison sociale :

Date de création : Statut juridique :

Adresse complète :

.....

Nom et prénom du représentant légal :

Nombre D'adhérents..... De bénévoles..... De salariés.....

Téléphone : Fax :

E-mail :

Site Internet :

Mission de l'organisme/de l'association :

.....

.....

.....

Activités : principales réalisations

.....

.....

.....

Responsable du projet

Nom : Prénom :

Fonction :

Adresse complète :

.....

Téléphone : Fax :

E-mail :

Pour les associations :

Renseignements administratifs et juridiques

Date de publication de la création au Journal Officiel :

Votre association dispose-t-elle d'agrément(s) administratif(s)? oui non

Si oui, vous préciserez le(s) quel(s) :

Type d'agrément :	attribué par :	en date du :
.....
.....

Votre association dispose-t-elle d'un commissaire aux comptes ? oui non

Renseignements concernant les ressources humaines

Nombre d'adhérents de l'association :
(à jour de la cotisation statutaire au 31 décembre de l'année écoulée)

Moyens humains de l'association

Bénévole : personne contribuant régulièrement à l'activité de votre association, de manière non rémunérée.

Bénévoles :

Nombre total de salariés :

Nombre de salariés (en équivalent temps plein travaillé / ETPT4) :

Le projet

Domaine de référence dans lequel s'inscrit votre projet

- Culture à l'hôpital
- Bien être des patients et/ou des professionnels
- Responsabilité sociétale et environnementale
- Innovation à l'hôpital
- Autres, précisez

Désignation/Titre :
.....
.....

Objectifs du projet (environnement général dans lequel il s'inscrit et intérêts particuliers à mettre en place ce dossier) :
.....
.....
.....

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

Lieu :

Service(s) :

Personnes visées/concernées :

.....

Nombre de bénéficiaires pouvant être touchés par le projet :

Résultats attendus :

.....

.....

.....

.....

Calendrier de réalisation du projet :

.....

.....

.....

Etat d'avancement :

.....

.....

.....

Qu'est-ce qui empêche votre projet d'aboutir ?

.....

.....

.....

Quelles sont les ressources/compétences nécessaires/moyens (humains et financiers) ?

.....

.....

.....

.....

.....

Noms des intervenants envisagés :

.....

Existe-t-il un lien de parenté, un lien personnel direct entre les intervenants envisagés et un membre du personnel du service bénéficiaire du projet ?

.....
.....

Éléments complémentaires pouvant aider à la présentation de votre projet (vous pouvez joindre toutes les données que vous jugerez utiles) :

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

Le financement

Budget de fonctionnement de l'organisme/de l'association : €

Montant total du projet : €

Montant du financement demandé* : €

Description et détails sur la demande :

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

**Nous vous rappelons que tout conflit d'intérêt entraînera le rejet de votre dossier ou le remboursement de la subvention si celle-ci a déjà été versé*

Partenaires financiers

Nom	Privé	Public	Montant	Etat de la demande
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		

	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
--	--------------------------	--------------------------	--	--

Autres partenaires :

.....

.....

.....

Plan de financement envisagé

CHARGES	MONTANT	PRODUITS	MONTANT
Achats		Auto financement	
Matériel, équipements		→	
Prestations de services		→	
Autres achats		→	
Autres services extérieurs liés à l'investissement		Aides publiques	
Frais généraux (courrier, téléphone, ...)		→	
Déplacements		→	
Communication (tracts, plaquettes, affiches)		→	
→		Partenaires privés (précisez)	
→		→	
→		→	
→		Autres produits (précisez)	
Sous-total dépenses		Sous-total recettes	

→		Autres contributions	
		Dons de produits	
		Prestations gratuites	
		Personnel bénévole	
CHARGES DEPENSES		TOTAL PRODUITS	

La communication autour du projet

Plan de communication prévu pour ce projet (diffusion de l'information, événementiel, presse, communication vers d'autres entités) :

.....

.....

.....

Retombées attendues du projet (impact dans le temps et dans l'espace, attractivité, notoriété, image) :

.....

.....

.....

Autres

Comment avez-vous connu le Fonds de dotation du CHU de La Réunion ?

- Presse
 - Site Internet (en cours d'élaboration)
 - Réseau
 - Autres, précisez
-

PIECES A JOINDRE A VOTRE DOSSIER



- Plan de financement
- Devis détaillés et ou factures**
- Documents comptables**
- Statuts de l'organisme ou de l'association**
- La liste des membres du conseil d'administration ou de l'instance équivalente
- Une copie de la publication au Journal Officiel de la création de l'association
- Dossier détaillé du projet**
- Autres : tout document permettant d'apprécier la qualité du projet**

Adresse d'envoi de votre demande de subvention

Veillez adresser votre dossier de candidature à l'adresse suivante :

Fonds de dotation du CHU de La Réunion



11, rue de l'hôpital
97460 Saint-Paul

courriel : natacha.dijoux@chu-reunion.fr

Tel : 0262 35 97 02 ou 0692 64 82 89

Fait le

A.....

Nom, prénom

Signature