

DOSSIER N° EX045306 - Sensibilisation et formation des aidants aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement

Dispositif : Appel à projets thématique au titre du fonds régional de solidarité et d'aide aux familles (n° 00000672)

Délibération Cadre : CR 23-11 modifié du 07/04/2011

Imputation budgétaire : 934-42-6574-142003-300

Action : 14200304- Fonds régional de solidarité et soutien aux familles

Libellé base subventionnable	Montant base subventionnable	Taux d'intervention	Montant de subvention maximum
Appel à projets thématique au titre du fonds régional de solidarité et d'aide aux familles	63 000,00 € TTC	47,62 %	30 000,00 €
		Montant total de la subvention	30 000,00 €

PRESENTATION DE L'ORGANISME

Dénomination : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST
Adresse administrative : 188 GRAND-RUE CHARLES DE GAULLE
94130 NOGENT-SUR-MARNE
Statut Juridique : Association
Représentant : Madame EVELYNE REVELLAT, Présidente

PRESENTATION DU PROJET

Objet du projet : Sensibilisation et formation des aidants aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement

Dates prévisionnelles : 18 septembre 2019 - 17 septembre 2020

Démarrage anticipé de projet : Non

Description :

L'association, née du fruit de plusieurs années d'expérience de ses fondateurs, est très récente (créée en Janvier 2018) et démarre son activité. L'association a été créée notamment à la demande de la Mairie du Nogent-sur-Marne.

Pour démarrer ses activités, le PSPPE devait constituer son réseau de professionnels de santé. Les accords administratifs récents vont permettre à l'Association de déployer ses activités et de recruter d'autres professionnels. Le pôle collabore avec le centre

Khépri Santé qui apporte les outils informatiques, l'équipe de management, une partie de l'hébergement et l'expertise en recrutement.

Le pôle développe également des partenariats avec des associations.

Le pôle a une forte volonté de compléter son offre de services aux aidants avec l'aide et l'expertise de Terra Firma (PME Francilienne). Le PSPPE bénéficie des moyens de la société d'élargir les champs des acteurs et des usagers après 3 autres départements (non cités car documents administratifs à la

signature).

De même que le Pôle va répondre aux objectifs ci-dessus, la Région Ile de France avec son expertise, son expérience de service aux aidants et sa capacité de notoriété et de réseautage, pourrait permettre à des acteurs et des aidants de bénéficier de l'aide apportée par ce jeu éducatif : « Khépri Aidance ».

Le projet sera réalisé par le PSPPE coordinateur- et son réseau, la société Terra Firma partenaire technique et l'association OLD'UP Générations des vieux debout bénévole du projet.

Le bénéficiaire s'engage à respecter et promouvoir la Charte régionale des valeurs de la République et de la laïcité, dans la limite et le respect des lois et règlements en vigueur.

Dans le cadre de la mesure « 100.000 nouveaux stages pour les jeunes franciliens », le bénéficiaire de cette subvention s'est engagé à recruter 1 stagiaire(s) ou alternant(s) pour une période minimale de 2 mois.

Localisation géographique :

- VAL DE MARNE

Contrat Particulier : Hors CPRD

CPER : Hors CPER

PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL PROPOSE PAR LE DEMANDEUR

Exercice de référence : 2019

L'organisme ne récupère pas la TVA.

Dépenses (€)		
Libellé	Montant	%
Rémunérations du personnel	25 500,00	34,93%
Charges de sécurité sociale et prévoyance	7 500,00	10,27%
location et entretien locaux	40 000,00	54,79%
Total	73 000,00	100,00%

Recettes (€)		
Libellé	Montant	%
Subvention Région Ile-de-France (sollicitée)	40 000,00	54,79%
Subvention et aide publique (sollicitée)	27 000,00	36,99%
Prestations de services	6 000,00	8,22%
Total	73 000,00	100,00%

Gr

2

_e bénéficiaire peut présenter son propre état sous réserve d'y faire figurer l'ensemble des rubriques suivantes

BENEFICIAIRE : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

DELIBERATION :
N° CP2019-341 du 18 septembre 2019

N° DOSSIER IRIS :
EX045306 - 02/10/2019

ENGAGEMENT COMPTABLE :

ETAT RECAPITULATIF DETAILLE DES PAIEMENTS EFFECTUES

RAPPEL DU TOTAL APPARAISSANT SUR LA PRECEDENTE DEMANDE DE VERSEMENT (en €)				MONTANT HT	MONTANT TTC
NOM DU FOURNISSEUR	REF. DE PIECE DE DEPENSE	DATE DE PIECE DE DEPENSE	NATURE PRECISE DE LA DEPENSE		
TOTAL A REPORTER SUR LA PROCHAINE DEMANDE DE VERSEMENT OU TOTAL DEFINITIF					

A compléter uniquement pour la demande de solde et s'il s'agit d'un organisme doté d'un comptable public
CERTIFIE LA PRISE EN CHARGE DANS SA COMPTABILITE DES DEPENSES AINSI QUE LEUR REGLEMENT

CERTIFIE SINCERE ET VERITABLE

Le bénéficiaire certifie que l'ensemble des dépenses ci-dessus listées sont réputées acquittées à la date du²⁰

A :
Le :

A :
Le :

Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire
(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

Le comptable public de l'organisme bénéficiaire
(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

²⁰ Toute fausse déclaration est passible des peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

**DEMANDE DE VERSEMENT DE SUBVENTION
Subventions spécifiques de fonctionnement**

- Bénéficiaire de la subvention : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST
- N° tiers financier : 0 (IRIS : EXM04614)

OBJET DU PROJET : Sensibilisation et formation des aidants aux bonnes pratiques en matière d'accompagnement		N° DOSSIER IRIS : EX045306 - 02/10/2019
DELIBERATION : N° CP2019-341 du 18 septembre 2019		
BASE SUBVENTIONNABLE :	TAUX D'INTERVENTION:	MONTANT DE LA SUBVENTION MAXIMUM
63 000,00 €	47,62 %	30 000,00 €
ANNEE DE PROGRAMME :	IMPUTATION BUDGETAIRE :	ENGAGEMENT COMPTABLES :
2019		
MONTANT CUMULE DES AVANCES et ACOMPTE DEJA MANDATES : 0,00 €		
Date limite impérative d'arrivée à la Région Ile de France de votre première demande : 18 septembre 2020		

**PARTIE A REMPLIR PAR LE BENEFICIAIRE
EN FONCTION DES MODALITES DE VERSEMENT QUI LUI ONT ETE NOTIFIEES**

Montant de la présente demande ¹⁹ (en €) :

11 444,79 euros

Cette demande s'effectue dans le cadre de (cocher la case correspondante) :

- Avance (si prévue dans la convention)

si oui, préciser le montant des dépenses prévues (en €) :

11 444,79 €

- Acompte :

si oui, préciser le montant des dépenses effectuées par le bénéficiaire à la date de la demande (en €) :

- Solde :

si oui, préciser le montant des dépenses effectuées par le bénéficiaire à la date de la demande (en €) :

¹⁹ Déduction faite de la TVA récupérable

N° dossier IRIS : EX045306 - 02/10/2019

Rappel du **STATUT FISCAL** du bénéficiaire de la subvention au regard de la TVA : L'organisme ne récupère pas la TVA.

Ce statut fiscal est-il exact ? (Cocher la case) OUI NON

Si celui-ci n'est pas correct préciser le statut et joindre l'attestation.

REFERENCE DU COMPTE :

Intitulé du compte : POLE SANTE PLURIDISCIPLINAIRE PARIS-EST

Etablissement :

Guichet :

RIB : 18206 00183 65050976909 43

Ces coordonnées sont elles exactes ? (Cocher la case) OUI NON

Si celles-ci ne sont pas correctes, joindre un RIB avec votre demande

LE BENEFICIAIRE DECLARE AVOIR PRIS CONNAISSANCE DES CONDITIONS D'OCTROI, DE VERSEMENT ET DE CONTRÔLE QUI LUI ONT ETE NOTIFIEES ET S'ENGAGE A LES RESPECTER.

IL CERTIFIE :

- QUE LE SERVICE EST FAIT (DANS LE CAS OU LA PRESENTE DEMANDE EST UNE DEMANDE D'ACOMPTE OU DE SOLDE)
- QUE LES PAIEMENTS PRIS EN COMPTE DANS LA PRESENTE DEMANDE ONT ETE EMPLOYES A FINANCER LE PROJET MENTIONNE EN REFERENCE ET POUR LEQUEL LA SUBVENTION A ETE ATTRIBUEE.

DANS LE CAS D'UNE DEMANDE DE SOLDE :

LE BENEFICIAIRE CERTIFIE QUE LE PROJET OU LA TRANCHE DU PROJET EST TERMINE AU COUT DEFINITIF DE ¹(EN €) : ET PAYE EN TOTALITE.

Certifié sincère et véritable

A : *Nogent sur Sarne*

Le : *23/12/2019*

Le représentant légal de l'organisme bénéficiaire
(Nom, qualité, signature et le cas échéant cachet)

REVELLAT Evlyne, Présidente



CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION REGIONALE

VU LA VERIFICATION DU RESPECT DES OBLIGATIONS DU BENEFICIAIRE ET NOTAMMENT LA CERTIFICATION DU SERVICE FAIT PAR LE REPRESENTANT LEGAL DE L'ORGANISME BENEFICIAIRE DE LA SUBVENTION ET LE REGIME D'ASSUJETISSEMENT A LA TVA DE L'ORGANISME BENEFICIAIRE, LE GESTIONNAIRE CERTIFIE QU'IL PEUT ETRE VERSE LA SOMME DE :

Le :

Le responsable habilité
(Cachet, nom, qualité et signature)

en

5