

Appel à projet 2019 « Culture et Santé »

**L'exemplaire original est à retourner impérativement
avant le : 30 novembre 2018**

Il doit être adressé par courrier postal à la :

DRAC Centre-Val de Loire - MACTI
6, rue de la Manufacture 45043 Orléans cedex

et par courriel à :

macti.centre@culture.gouv.fr

Pour les établissements médico-sociaux
ARS-CENTRE-DIRECTION-MEDICO-SOCIALE@ars.sante.fr

Pour les établissements sanitaires
ARS-CENTRE-DIRECTION-OFFRE-SANITAIRE@ars.sante.fr

Nom de l'établissement :

Nom du/des partenaire(s) culturel(s) :

L'appel à projet doit être accompagné, pour le bénéficiaire de la subvention, du dossier « CERFA » ou du formulaire « ÉTABLISSEMENT » selon le porteur du projet (seul les parties administratives sont à remplir)

Cocher ci-dessous la case correspondant à votre cas :

Première demande au titre du dispositif culture santé

Reconduction

Avez-vous déjà bénéficié d'un financement Culture et Santé

- Initié au titre du même partenariat
- Initié avec d'autres partenaires culturels
- En tant que partenaire culturel

Présentation de l'établissement ou du service

Établissement de santé

Établissement et services médico-sociaux

Nom de l'établissement

Représentent-e légal-e

Titre

Sigle

N° FINESS

Adresse du siège social

Code postal

Ville

Téléphone

Courriel

Le projet d'établissement contient-il un volet culturel ?

OUI

NON

Présentation de la structure culturelle et/ou de l'artiste indépendant-e

Nom de la structure

Responsable de la structure

Statut juridique

Site internet

Adresse du siège social

Code postal

Ville

Téléphone

Courriel

Nom du référent du projet

Téléphone

Courriel

Artiste professionnel-le-s culturel-le-s impliqué-e-s

Nom et prénom

Téléphone

Courriel

Nom et prénom

Téléphone

Courriel

Descriptif du projet

Toutes pièces complémentaires, que vous jugerez utiles à l'instruction et à la compréhension de votre projet, peuvent être jointes en annexe

1) Responsable du projet de l'établissement

Responsable culturel

ou

Référent du projet

Nom et prénom

Téléphone

Courriel

2) Responsable du projet de la structure culturelle

Nom et prénom

Fonction

Téléphone

Courriel

Intitulé
du
projet

3) Présentation du projet

→ Domaine(s) culturel(s) ou discipline(s) artistique(s)

1		5	
2		6	
3		7	
4		8	
Autre (préciser)			

*Compléter par ordre de priorité

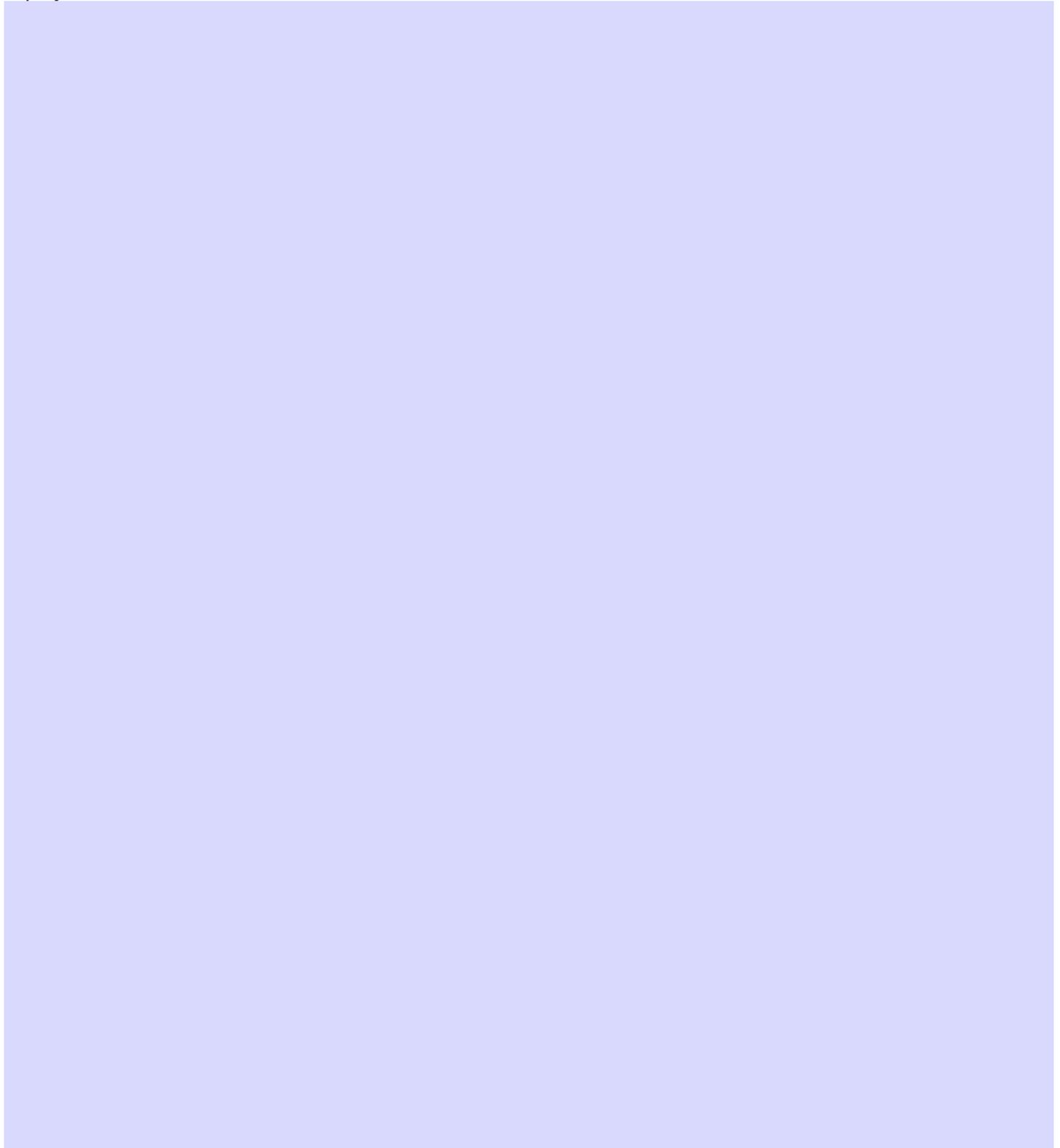
→ **Publics et/ou services bénéficiaires (patient-e-s, résident-e-s, personnels, familles...)** *Si vous le pouvez, précisez le nombre approximatif de personnes touchées (participant-e-s au projet et autres). Leurs principales caractéristiques et ce qui motive ce choix.*

→ **Objectifs du projet pour l'établissement et/ou le service**

→ **Enjeux du projet pour le-la partenaire culturel-le**

→ **Description et mise en œuvre du projet** (Ce champ est à remplir par le partenaire culturel, une note d'intention peut être fournie en annexe).

La participation « active » des patients et/ou des professionnels à la pratique artistique et culturelle, à la rencontre à l'œuvre, ou la découverte d'un domaine doit apparaître nettement, ainsi que l'objet artistique du projet.



Modalités d'intervention

➤ **Artiste(s) ou professionnel-le-s de la culture intervenant-e-s**

Nom et prénom

*Joindre un Curriculum-Vitae en annexe

➤ **Qui a identifié ce besoin (l'établissement, les usagers, etc.) ?**

➤ **Nombre d'heures, rythme et calendrier prévisionnel**

Début du projet

Fin du projet

Durée en mois

➤ **Lieu(x), espace(s) de réalisation(s) du projet**

➤ **Concertation, évaluation et comité de suivi**

➤ **Valorisation et restitution envisagée**

➤ **Actions de communication prévues autour du projet**

➤ **Lien avec d'autres partenaires éventuels : établissements de santé et/ou médico-social, collectivités territoriales, équipements et/ou acteurs-trices culturel-le-s, établissements scolaires,...)**

Budget prévisionnel du projet

Le total des charges doit être égal au total des produits

CHARGES	Montant ¹	PRODUITS	Montant
60 - Achats		70 - Ventes de produits finis, de marchandises, prestations de services	
Prestations de services			
Achats matières et fournitures		74 - Subventions d'exploitation²	
Autres fournitures		Etat (préciser le(s) ministère(s) sollicité(s))	
61 - Services extérieurs		Protocole DRAC / ARS	
Locations			
Entretien et réparation			
Assurance		Région(s)	
Documentation			
62 - Autres services extérieurs		Département(s)	
Rémunérations intermédiaires et honoraires			
Publicité, publication		Intercommunalité(s) : EPCI ³	
Déplacements, missions			
Services bancaires, autres			
63 - Impôts et taxes		Commune(s)	
Impôts et taxes sur rémunérations			
Autres impôts et taxes		Organismes sociaux (à détailler)	
64 - Charges de personnel			
Rémunérations des personnels		Fonds européens	
Charges sociales		Apport financier de la structure hospitalière	
Autres charges de personnel		Autres établissements publics	
65 - Autres charges de gestion courante		Aides privées	
66 - Charges financières		75 - Autres produits de gestion courante	
67 - Charges exceptionnelles		Dont cotisations, dons manuels ou legs	
68 - Dotation aux amortissements		76 - Produits financiers	
TOTAL DES CHARGES		TOTAL DES PRODUITS	
CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES			
86- Emplois des contributions volontaires en nature		87-Contributions volontaires en nature	
860-Secours en nature		870-Bénévolat	
861-Mise à disposition gratuite de biens et service		871-Prestations en nature	
862-Prestations		875-Dons en nature	
864-Personnel bénévole		Valorisation	
TOTAL		TOTAL	

Le budget prévisionnel du projet équilibré et détaillé doit faire apparaître :

- x le tarif horaire TTC des intervenants
- x les apports financiers de la structure hospitalière ou médico-sociale
- x les contributions des autres partenaires financiers
- x les subventions demandées à la DRAC et à l'ARS (tous services confondus)

¹ Ne pas indiquer les centimes d'euros.

² L'attention du demandeur est appelée sur le fait que les indications sur les financements demandés auprès d'autres financeurs publics valent déclaration sur l'honneur et tiennent lieu de justificatifs. Aucun document complémentaire ne sera susceptible d'être demandé si cette partie est complétée en indiquant les autres services et collectivités sollicitées.

³ Catégories d'établissements publics de coopération intercommunale (EPCI) à fiscalité propre : communauté de communes ; communauté d'agglomération ; communauté urbaine.

Financement du projet

Coût total du projet [] € Montant de la subvention demandée DRAC / ARS [] €

Participation financière de la structure hospitalière ou médico-sociale [] €

(Le temps soignant ne peut être comptabilisé comme apport financier)

Co-signatures du projet

Établissement de santé et/ou établissement et services médico-sociaux

Je soussigné-e, Madame , Monsieur

Nom et prénom []

Représentent-e légal-e de []

Fait à []

Le []

Signature []

Partenaire culturel

Je soussigné-e, Madame , Monsieur

Nom et prénom []

Représentent-e légal-e de []

Fait à []

Le []

Signature []