

Établissement

Dossier de demande de subvention

L'exemplaire original est à retourner impérativement

avant le : **30 novembre 2018**

Il doit être adressé par courrier à :

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

et par courriel à :

macti.centre@culture.gouv.fr

Intitulé de l'opération :

Nom de l'établissement :

Vous trouverez dans ce dossier :

- Des informations pratiques pour vous aider à le remplir
- Une demande de subvention
- Une attestation
- La liste des pièces à joindre au dossier

Cocher ci-dessous la case correspondant à votre cas :

- première demande
- Renouvellement d'une demande

Informations pratiques

Attention ce dossier ne concerne pas le financement d'un investissement

Ce dossier comporte 5 fiches :

→ **Fiche n° 1 : Présentation de l'établissement et de du partenaire culturel**

Cette fiche est destinée à faciliter les relations avec l'administration.

Pour bénéficier d'une subvention, **vous devez disposer** d'un numéro SIRET

Si vous n'en n'avez pas, il faut le demander à la direction régionale de l'INSEE. Cette démarche est gratuite (annuaire des directions régionales sur <http://www.insee.fr>)

→ **Fiche n° 2 : Description de l'action projetée**

Vous devez remplir cette fiche si la demande de subvention est destinée au financement d'une action spécifique que vous souhaitez mettre en place.

Si vous sollicitez un financement pour plusieurs actions, vous devez remplir une fiche par action.

→ **Fiche n° 3 : Financement du budget**

Cette fiche permet au représentant légal de la structure, ou à son mandataire de budgéter l'action et de préciser la participation financière de la structure hospitalière ou médico-sociale

→ **Fiche n° 4 : Attestation sur l'honneur**

Cette fiche permet au représentant légal de la structure, ou à son mandataire de signer la demande de subvention et d'en préciser le montant.

Votre demande ne pourra être prise en compte que si cette fiche est complétée et signée.

→ **Fiche n° 5 : Pièces à joindre**

1. Présentation de l'établissement

Identification de l'établissement

joindre la liste des membres du Conseil d'administration

Nom de l'établissement

Représentent·e légal·e

Titre

Sigle

N° de SIRET N° FINESS

Adresse du siège social

Code postal Ville

Téléphone Courriel

Adresse de correspondance, si différente :

Adresse du siège social

Code postal Ville

Personne chargée du dossier

Téléphone Courriel

Identité et adresses des structures associatives ou relevant du secteur marchand avec lesquelles l'établissement est lié (un organigramme peut-être joint pour décrire ces relations :

Objet de l'établissement :

L'établissement dispose-t-il d'un commissaire aux comptes ? OUI NON

Description du projet et des activités habituelles de l'établissement :

Moyens humains de l'établissement :

Salarié·e·s en CDI : Dont Salarié·e·s à temps partiel :

Salarié·e·s en CDD : Dont Salarié·e·s à temps partiel :

2. Description de l'action (Remplir une fiche par action)

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

Personne responsable de l'action

Nom et prénom

Fonction

Téléphone Courriel

Nouvelle action

Renouvellement d'une action

Présentation de l'action

Intitulé de l'action

➔ Objectif de l'action

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

1	<input type="text"/>	4	<input type="text"/>
2	<input type="text"/>	5	<input type="text"/>
3	<input type="text"/>	6	<input type="text"/>
Autre (préciser)		<input type="text"/>	

**Compléter par ordre de priorité*

➤ A quel(s) besoins cela répond-il ?

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

➤ **Description de l'action (voir également page suivante)**



➤ **Inscription dans le cadre d'une politique publique** (*par exemple une mission de l'État, une orientation régionale, etc.*)



➤ **Public bénéficiaire (caractéristiques sociales, nombre, etc.)**



➤ **Moyens mis en œuvre**



- **Zone géographique ou territoire de réalisation de l'action** (*quartier, commune, canton, département, zone géographique, etc.*) - Précisez le nom du/des territoire(s) concerné(s)

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

Début du projet		Fin du projet		Durée en mois	
-----------------	--	---------------	--	---------------	--

- **Méthodes d'évaluation et indicateurs choisis au regard des objectifs ci-dessus**

- **Information complémentaire éventuelle**

3 Financement du projet

Ce budget doit être établi en prenant en compte l'ensemble des coûts directs et indirects et l'ensemble des ressources affectées à l'action

Partenaire financier	Montant	Acquis le	En cours
	€	€	<input type="checkbox"/>
	€	€	<input type="checkbox"/>
	€	€	<input type="checkbox"/>
	€	€	<input type="checkbox"/>

Nature et objet des postes de dépenses les plus significatifs (honoraires de prestataires, déplacements, salaires, etc) :

Pratiques tarifaires appliquées à l'action (gratuite, tarifs modulés, barème, prix unique, etc.) :

Autres observations sur le budget prévisionnel de l'opération

Budget prévisionnel de l'action

Le total des charges doit être égal au total des produits

Année ou exercice

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	

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.

4. Déclaration sur l'honneur

Cette fiche doit obligatoirement être remplie, par le bénéficiaire de la subvention, pour toute demande (initiale ou renouvellement) quel que soit le montant de la subvention sollicitée.

Si le signataire n'est pas le représentant légal, merci de joindre le pouvoir lui permettant d'engager celle-ci.

Je soussigné-e, Madame , Monsieur

Nom et prénom

Représentent-e légal-e de

- x certifie que l'établissement est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants
- x certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de subventions introduites auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires
- x Demande une subvention de : euros
- x Précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'établissement :

Il est important que le RIB corresponde au numéro de SIRET notifié en page 1

Nom du titulaire du compte

Banque ou centre

Domiciliation

Code banque	Code guichet	Numéro de compte	Clé RIB / RIP
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Merci de penser à joindre un RIP ou RIB

Fait à

Le

Signature

Attention

Toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal. Le droit d'accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'exerce auprès du service ou de l'établissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

5. Pièces à joindre au dossier de demande de subvention

Dans tous les cas, si le dossier n'est pas signé par le représentant légal de l'établissement de santé et/ de l'établissement médico-sociaux ou de la structure, vous devez joindre le pouvoir de ce dernier au signataire.

Pour une première demande

- ✓ RIB ou RIP

Pour un renouvellement, quel que soit le montant demandé

- ✓ le compte rendu financier de l'action précédemment subventionnée et dont vous demandez le renouvellement ;
- ✓ le rapport d'activités.
- ✓ RIB ou RIP

(*) I M P O R T A N T : la loi n° 2000-321 du 12 avril 2000 rend obligatoire la transmission d'un compte-rendu financier à l'administration qui a versé la subvention dans les six mois suivant la fin de l'exercice pour lequel elle a été attribuée, y compris dans le cas où le renouvellement de la subvention n'est pas demandé.