

**FICHE DE CANDIDATURE**

**AMI** **TIERS-LIEUX « AUTONOMIE DANS MON QUARTIER »**

*Merci d’être succinct et de vous appuyer sur le nombre de lignes maximum indiqué dans chaque rubrique. Le document ne peut excéder les 4 pages. À transmettre une fois complété à l’adresse* tierslieuxautonomie@seinesaintdenis.fr***avant le******7 octobre 2020****.*

**Nom du tiers-lieu** :

**Nom de l’organisme porteur** :

**Contact de la personne référente du projet :**

* Nom et prénom :
* Fonction :
* Coordonnées (mail et téléphone) :

**Avez-vous déjà un local *: oui / non***

**Territoire d’implantation du tiers-lieu** :

* Adresse :
* Quartier :
* Ville :

1. **Présentation de l’organisme porteur du projet**

***Présentez votre organisme****, avec une mention des éléments suivants : nom de l’organisme porteur, statut juridique, missions et activités principales, public cible.* ***(10 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

1. **Description du projet**

***Votre projet est-il lancé : oui / non*** *(rayez la mention inutile)*

***Présentez votre projet de tiers-lieux****, avec une mention des éléments suivants :* *présentation du lieu (surface et dispositions), mission principale du lieu, profils des publics accueillis et dispositions d’accueil du public seniors et/ou en situation de handicap, le public professionnel médico-social (le cas échéant), information sur le territoire d’implantation.* ***(20 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

***Décrivez les différentes activités et services proposées au public accueilli****, avec une mention des éléments suivants : types d’activités et de services, planification et fréquence des actions, lieu d’accueil des activités, critères et méthodes de programmation des activités/services.* ***(15 lignes maximum)***

|  |
| --- |
| xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx |

***Décrivez les différentes étapes du projet*** *(passées ou prévues), avec une mention des éléments suivants :* *date de lancement du tiers-lieu, étapes réalisées dans la mise en œuvre du projet, prochaines étapes prévues, moyens utilisés pour la réalisation de ces actions.* ***(13 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

***Décrivez les différents partenariats mis en place****, avec une mention des éléments suivants : description des partenariats déjà en place ou en cours de développement, précisions si ces partenaires sont en lien avec le public personnes âgées et/ou personnes en situation de handicap et sont des professionnels sociaux ou médico-sociaux.* ***(13 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

***Décrivez le modèle organisationnel du lieu****, avec une mention des éléments suivants : gouvernance du lieu, nombre de personnes impliquées, types de contrat, horaires d’ouverture.* ***(13 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

1. **Description du projet**

***Décrivez vos motivations à concourir au présent AMI et le besoin de soutien de la part du Conseil départemental****, avec une mention des éléments suivants : modèle économique actuel du lieu, partenaires financiers éventuels, aides sollicitées au titre de l’investissement, aides sollicitées au titre de l’exploitation, aides éventuelles déjà reçues provenant du Conseil départemental.* ***(18 lignes maximum)***

|  |
| --- |
|  |

***Tableau financier récapitulatif :***

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant annuel total du projet** |  |
| Montant du soutien des partenaires |  |
| * Dont aide éventuelle du CD93 |  |
| Part d’autofinancement |  |
| **Subvention demandée** |  |
| * Au titre de l’investissement |  |
| * Au titre du fonctionnement |  |