



Emplois associatifs de Midi-Pyrénées

DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION



La Région,
membre actif
de
L'Associatif



RÉGION
MIDI-PYRÉNÉES

Emplois Associatifs de Midi-Pyrénées

**CE DOSSIER DE DEMANDE DE SUBVENTION DOIT ETRE RETOURNE
ACCOMPAGNE D'UN COURRIER à l'adresse ci-dessous :**

*Monsieur Martin MALVY – Président de la Région Midi-Pyrénées
22, boulevard du Maréchal Juin – 31406 TOULOUSE CEDEX 4*

PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT A VOTRE DOSSIER :

- vos statuts et une copie de leur déclaration au Journal Officiel
- la composition du bureau et du Conseil d'Administration
- les derniers comptes annuels approuvés (bilan comptable et compte de résultat 2003 et 2004)
- le rapport d'activité
- le plan prévisionnel de l'activité
- le plan prévisionnel de financement durant la période d'aide au poste et au-delà de l'aide régionale

* Ces pièces sont à joindre uniquement pour l'Association porteuse du projet

** Extrait art. 6 du Règlement Financier : "Tout dossier doit être complété dans un délai de 3 mois à compter de la date d'envoi de la demande de complément de dossier.
A défaut de réception des compléments dans ce délai, la demande sera considérée comme caduque*

Présentation de votre Association 1-

1°

IDENTIFICATION DE VOTRE ASSOCIATION

Nom.....

Sigle.....

Adresse de son siège social.....

Code postal

COMMUNE :

Téléphone.....

TELECOPIE.....

Mail.....

Numéro SIREN*

* Vous devez disposer d'un numéro SIREN qui constitue un identifiant dans vos relations avec les services administratifs. Si vous n'en avez pas, il vous faut, dès maintenant, demander ce numéro à la Direction Régionale de l'INSEE. La démarche est gratuite.

Adresse de correspondance, si différente.....

Adresse de l'activité du salarié Emploi Régional Associatif Mutualisé

.....
.....

Votre Association est-elle affiliée à une tête de réseau associatif ?

OUI *Préciser le nom de la tête de réseau*

NON

Identification du responsable de l'Association et de la personne chargée du dossier

- **Le représentant légal (Président ou autre personne désignée par les statuts)**

NOM..... Prénom.....

Qualité..... Mail.....

- **La personne chargée du dossier au sein de l'Association**

NOM..... Prénom.....

Mail.....



Présentation des partenaires 1_{-1°}

IDENTIFICATION DE OU DES ASSOCIATIONS PARTENAIRES DE LA MUTUALISATION

Nom.....

Sigle.....

Adresse de son siège social.....

Code postal

COMMUNE :

Téléphone.....

TELECOPIE.....

Mail.....

Numéro SIREN*

* Vous devez disposer d'un numéro SIREN qui constitue un identifiant dans vos relations avec les services administratifs. Si vous n'en avez pas, il vous faut, dès maintenant, demander ce numéro à la Direction Régionale de l'INSEE. La démarche est gratuite.

Adresse de correspondance, si différente.....

Votre Association est-elle affiliée à une tête de réseau associatif ?

OUI *Préciser le nom de la tête de réseau*

NON

Identification du responsable de l'Association et de la personne chargée du dossier

- Le représentant légal (Président ou autre personne désignée par les statuts)

NOM..... Prénom.....

Qualité..... Mail.....

- La personne chargée du dossier au sein de l'Association

NOM..... Prénom.....

Mail.....

Présentation de votre Association^{1-2°}

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

PRESENTATION DE VOTRE ASSOCIATION (date de création, bref historique, patrimoine...)

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ASSOCIATION


 DESCRIPTION DU PROJET ASSOCIATIF et DES ACTIVITES HABITUELLES DE L'ASSOCIATION

.....

.....

.....

.....



 MOYENS HUMAINS DE L'ASSOCIATION AU 31 DECEMBRE Bénévoles :

DE L'ANNEE PRECEDENT LA PRESENTE DEMANDE

Nombre total de salariés permanents :

Dont salariés en CDI Dont salariés à temps partiel
Préciser le taux

Dont salariés en CDD Dont salariés à temps partiel
Préciser le taux

Dont contrats aidés :	CES ou CEC		Nombre
	Autres	 Préciser le type :	Nombre.....
Dont Emplois Jeunes	ayant été créés précédemment		
Dont en poste actuellement		
Dont pérennisés au terme du dispositif		

PREVISIONNEL : Nombre de postes à créer durant l'année à venir

* Préciser le type de poste (CDD, CDI, type de contrat aidé)

Présentation de votre partenaire 1-2°

RENSEIGNEMENTS D'ORDRE ADMINISTRATIF ET JURIDIQUE

PRESENTATION DE VOTRE ASSOCIATION (date de création, bref historique, patrimoine...)

.....

.....

.....

.....

.....

RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE FONCTIONNEMENT DE VOTRE ASSOCIATION


 DESCRIPTION DU PROJET ASSOCIATIF et DES ACTIVITES HABITUELLES DE L'ASSOCIATION

.....

.....

.....

.....

 MOYENS HUMAINS DE L'ASSOCIATION AU 31 DECEMBRE Bénévoles :

DE L'ANNEE PRECEDENT LA PRESENTE DEMANDE

Nombre total de salariés permanents :

Dont salariés en CDI Dont salariés à temps partiel
Préciser le taux

Dont salariés en CDD Dont salariés à temps partiel
Préciser le taux

Dont contrats aidés :	CES ou CEC	<input type="checkbox"/>	Nombre
	Autres	<input type="checkbox"/>	Préciser le type : Nombre.....
Dont Emplois Jeunes	ayant été créés précédemment		
Dont en poste actuellement		
Dont pérennisés au terme du dispositif		

PREVISIONNEL : Nombre de postes à créer durant l'année à venir

* Préciser le type de poste (CDD, CDI, type de contrat aidé)

Description générale du projet 1I₋₁°

IDENTIFICATION DES BESOINS DE MUTUALISATION A SATISFAIRE

Votre projet doit répondre à la création d'une activité de mise en commun de moyens d'utilité collective dans les secteurs de l'intervention régionale et s'inscrire dans le cadre d'une intercommunalité ou d'une politique territoriale.

DESCRIPTION GENERALE DU PROJET

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

EN QUOI CE PROJET EST-IL UNE MUTUALISATION DE MOYENS ?

.....

.....

.....

.....

.....

SOUHAITEZ-VOUS DISPOSER D'UN ACCOMPAGNEMENT DANS CETTE DEMARCHE DE MUTUALISATION ET DE PERENNISATION ?

OUI

NON

DANS QUELLE INTERCOMMUNALITE S'INSCRIT CE PROJET ?

Communauté de Communes

Politique de la Ville

Pays

Parc Naturel

Contrat d'Agglomération

Commune



Description générale du projet 1I_{-2°}

DESCRIPTIF DU POSTE A CREER

ACTIVITES PROPOSEES AU SALARIE

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

QUELLES SERONT LES MODALITES D'ENCADREMENT (ou de tutorat) PREVUEES ?

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

LIEU DE L'ACTIVITE PROPOSEE ET ZONE D'INFLUENCE DE L'EMPLOI ?

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

CES ACTIVITES REPONDENT A DES BESOINS DU SECTEUR :

* *Indiquer 1 ou 2 secteurs les plus représentatifs*

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> EDUCATION POPULAIRE | <input type="checkbox"/> ACTION HUMANITAIRE |
| <input type="checkbox"/> SPORT | <input type="checkbox"/> POLITIQUE DE LA VILLE |
| <input type="checkbox"/> CULTURE | <input type="checkbox"/> INSERTION PAR L'ACTIVITE ECONOMIQUE |
| <input type="checkbox"/> CITOYENNETE | <input type="checkbox"/> ENVIRONNEMENT |
| | <input type="checkbox"/> ECONOMIE SOCIALE ET SOLIDAIRE |

QUELLE SERA SON INTEGRATION AU FONCTIONNEMENT GENERAL DE L'ASSOCIATION ? (moyens mis à disposition, locaux...)

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

Description générale du projet 1I-3°

FICHE DE POSTE

INTITULE DU POSTE :

Niveau de formation scolaire souhaité :

Compétences minimales lors du recrutement :

DATE PREVISIONNELLE DE RECRUTEMENT :

DUREE DE TRAVAIL HEBDOMADAIRE :

HORAIRES ET JOURS DE TRAVAIL :

SALAIRE BRUT MENSUEL :

COMPETENCES ATTENDUES AU RECRUTEMENT (ou à acquérir)

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

EVOLUTION DU POSTE SUR LA PERIODE D'AIDE REGIONALE

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

ACTIONS DE FORMATION A ENVISAGER

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

* **Le contrat de travail sera impérativement un CDI.**

Le contentieux est de la compétence du Tribunal des Prud'hommes. Les conventions collectives régissant la profession et l'activité sont applicables. Les dispositions concernant la période d'essai sont écrites dans le contrat. La durée de travail est à temps plein : elle ne peut être à temps partiel qu'après dérogation exceptionnelle.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR COMPLÉTÉE PAR LE DEMANDEUR

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE REMPLIE POUR TOUTE DEMANDE.

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

Je soussigné (nom et prénom).....
représentant (e) légal (e) de l'Association

1°/ DECLARE que l'Association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;

2°/ CERTIFIE que les informations mentionnées sur le présent dossier, notamment les aspects administratifs (comptables – effectifs salariés) sont exactes

Fait le

Signature

• **Attention** : toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par 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.



ATTESTATION SUR L'HONNEUR COMPLÉTÉE PAR LE (S) ASSOCIATION (S) PARTENAIRE (S) DE LA MUTUALISATION

CETTE FICHE DOIT OBLIGATOIREMENT ETRE REMPLIE POUR TOUTE DEMANDE.

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

Je soussigné (nom et prénom).....
représentant (e) légal (e) de l'Association

1°/ DECLARE que l'Association est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférant ;

2°/ CERTIFIE que les informations mentionnées sur le présent dossier, notamment les aspects administratifs (comptables – effectifs salariés) sont exactes

Fait le

Signature

• **Attention** : toute fausse déclaration est passible de peines d'emprisonnement et d'amendes prévues par 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.

