

Dossier pour une demande de financement d’action en matière de soins ou d’accompagnement à la personne

**ENGAGEMENTS DU BENEFICIAIRE**

Le Fonds de dotation Patrick de Brou de Laurière rappelle que chaque bénéficiaire prend les engagements suivants :

**Après le premier versement du financement, à chaque fin d'année écoulée** :

Le bénéficiaire s'engage à renvoyer les documents suivants afin de justifier de l'emploi des sommes :

* Un tableau emplois-ressources (document à remplir en fin d'année fourni par le Fonds de dotation)
* Eventuellement, sur demande expresse du Fonds, le détail de certains postes de dépenses (document fourni par le bénéficiaire)
* Une synthèse du résultat obtenu et en rapport avec le projet
* L'attestation de non-lucrativité fournie par le Fonds de dotation

**A la fin de l’année au cours de laquelle a été effectué le dernier versement du financement**:

Le bénéficiaire s'engage à renvoyer les documents suivants afin de justifier de l'emploi des sommes :

* Un tableau récapitulatif d'emplois des ressources pour l'ensemble de la période pluriannuelle (document à remplir en fin d'année fourni par le Fonds de dotation)
* Eventuellement, sur demande expresse du Fonds, le détail de certains postes de dépenses (document fourni par le bénéficiaire)
* Une synthèse du résultat obtenu et en rapport avec le projet
* L'attestation de non-lucrativité fournie par le Fonds de dotation

Titre de la demande

Données Administratives

Promoteur :

**Nom :**

**Forme juridique :**

**Date, Numéro et lieu de la déclaration d’immatriculation : (joindre les statuts de l’organisme) :**

**Numéro SIRET :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone fixe et portable :**

**Adresse électronique :**

**Représenté par Monsieur/Madame…………………………….**

**En qualité de ……………………………………………………**

Investigateur principal :

Co-investigateurs :

# PIECES A JOINDRE

* Déclaration de création à la Préfecture du promoteur et de l’unité
* Statuts du promoteur et de l’unité
* Indication des liens éventuels du promoteur ou de l’unité avec d’autres structures

juridiques : qualité de membre d’association, représentants communs (président ou membre de conseils d’administration), associé de sociétés commerciales, etc…

* Attestation de non-lucrativité
* Budget prévisionnel

*Apposer le cachet de l'organisme*

**ATTESTATION DE NON-LUCRATIVITE**

JE SOUSSIGNE (Nom - Prénom)…………………………………………………………

Agissant en qualité de …………………………………………………………………..

De (Nom, forme et adresse du bénéficiaire)……………………………………………..

Lequel sollicite, suivant la demande de financement de ce jour, la participation financière du FONDS DE DOTATION PATRICK DE BROU DE LAURIERE,

ATTESTE ET CERTIFIE QUE :

La demande de financement est faite au profit d’un organisme :

* N’ayant pas d’activité lucrative,
* N’étant pas soumis à l’impôt sur les sociétés
* Et, en conséquence, répondant aux conditions exposées à l’article 206 I Bis du Code général des impôts.

POUR FAIRE ET VALOIR CE QUE DE DROIT

Fait à…………………………….

Le…………………………………….

*Signature*

**BUDGET PREVISIONNEL**

|  |  |
| --- | --- |
| **Montant global du budget du projet** |  |
| **Montant global du budget demandé au Fonds de dotation Patrick de Brou de Laurière** |  |
| **Nombre d'année(s) demandée(s)**  |  |
| **Etalement des sommes/année** | Année N :Année N+1 :Année N+2 : |
| **Co-financement(s)**  |  |

INDICATION DES CO-FINANCEMENTS

*Pour chaque co-financeur du projet*

**Nom :**

**Forme juridique :**

**Date, Numéro et lieu de la déclaration d’immatriculation : (joindre les statuts de l’organisme) :**

**Adresse :**

**Numéro de téléphone fixe et portable :**

**Adresse électronique :**

**Montant financé (en euros) :**

**RESUME DE LA DEMANDE**

|  |  |
| --- | --- |
| **Promoteur** |  |
| **Investigateur principal** |  |
| **Acronyme et Titre** |  |
| **Titre simplifié** |  |
| **Besoins et objectifs de la demande** |  |
| **Durée de l’aide** |  |
| **Retombées attendues** |  |

**BESOINS ET OBJECTIFS DE LA DEMANDE**

Page de signature dE LA DEMANDE

**Titre :**

**Code promoteur :**

**Promoteur**

Unité ou département : A ,le *:*

Rue :

Ville :

Signature du représentant identifié ci-dessus :

**Investigateur principal**

Nom *:*  Ale *:*

Service ou département :

Rue :

Ville:

Tel :

Courriel :

Signature