**Formulaire de demande**

**Subventions facultatives pour la création ou le renforcement d'un SPAD (année 2022)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** |  | …… / …… / ………… |
| **Nom de l'organisation** |  | ……………………………………………………………………………………………………… |
| **Nom de l’activité pour laquelle une subvention est demandée*****Si activité temporaire :*** ***le nom du projet******Si activité structurelle/permanente :******fonctionnement général ou le nom de la sous-activité*** |  | ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |
| **Montant demandé**  |  | ………………………………………… | € |

Pour introduire votre demande de subvention, veuillez complétez ce formulaire ainsi que les annexes demandées et nous les envoyer :

* par courriel à l'adresse subsides-subsidies@iriscare.brussels
	+ - * avec pour objet ***:
			Le nom de votre organisation + demande de subvention facultative/  Année 2022 + AAP SPAD***

**Vous recevrez un accusé de réception de votre demande par retour d'email**

Pour plus d'informations sur les subventions:

<http://www.iriscare.brussels/fr/professionnels/infos-pour-lutilisateur-professionnel/subventions/>

Si vous avez des questions vous pouvez nous contacter par mail à l’adresse :

professionnels@iriscare.brussels.

**L’introduction de votre demande n’entraîne pas automatiquement l’octroi d’une subvention.**

**I.** **Votre organisation**

**I.1. Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom officiel | ………………………………………………………………………………………………………… |
| Forme juridique | ………………………………………………………………………………………………………… |
| Taille de l’organisation (ou fondation)*Selon le code des sociétés et associations du 23/03/2019**Micro associations* *qui, à la date du bilan du dernier exercice clôturé, ne dépassent pas plus d'un des critères suivants:*1. *Nombre de travailleurs, en moyenne annuelle: 10;*
2. *Chiffre d'affaires annuel, hors taxe sur la valeur ajoutée: 700 000 euros*
3. *Total du bilan: 350 000 euros*

*Petites associations**qui, à la date du bilan du dernier exercice clôturé, ne dépassent pas plus d'un des critères suivants:*1. *Nombre de travailleurs, en moyenne annuelle: 50;*
2. *Chiffre d'affaires annuel, hors taxe sur la valeur ajoutée: 9 000 000 euros*
3. *Total du bilan: 4 500 000 euros*

*Grandes associations**celles* *qui atteignent les chiffres ci-dessous fixés pour au moins deux des trois critères suivants*1. *Nombre de travailleurs, en moyenne annuelle: 50;*
2. *Chiffre d'affaires annuel, hors taxe sur la valeur ajoutée: 9 000 000 euros*
3. *Total du bilan: 4 500 000 euros*
 | Micro association / Petite association / Grande association |
| Numéro d’entreprise | ………………………………………………………………………………………………………… |
| Assujettie à la tva | Oui / Non / Mixte |
| Commission paritaire | ………………………………………………………………………………………………………… |
| Compte bancaire (IBAN) BE | ………………………………………………………………………………………………………… |
| Site internet | ………………………………………………………………………………………………………… |

**Adresse du siège social**

|  |  |
| --- | --- |
| Rue | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numéro (+ boîte) | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Code postal | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Commune | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez mentionner l'objet social mentionné dans les statuts de votre organisation  |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les activités générales et spécifiques de votre organisation |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**I.2. Contact**

**Adresse postale**

*Si l’adresse est différente de celle du siège social.*

|  |  |
| --- | --- |
| Rue | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Numéro (+ boîte) | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Code postal | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Commune | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Personne responsable légalement de l'organisation**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Prénom | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Fonction | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Gsm | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adresse courriel | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Personne de contact pour la présente demande de subvention**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Prénom | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Fonction | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Téléphone | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Gsm | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |
| Adresse courriel | ……………………………………………………………………………………………………………………………… |

**I.3. Agrément / Convention**

**L'organisation est-elle agréée[[1]](#footnote-1) ou conventionnée[[2]](#footnote-2) ?**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Sélectionnez la mention correcte | Secteur | …en tant que… | Autorité d’agrément / de convention*Iriscare ou autre (spécifiez)* | Période d’agrément / de convention |
| Agréée / Conventionnée | ……………………… | ……………………… | ……………………… | ……………………… |
| Agréée / Conventionnée | ……………………… | ……………………… | ……………………… | ……………………… |
| Agréée / Conventionnée | ……………………… | ……………………… | ……………………… | ……………………… |
| Agréée / Conventionnée | ……………………… | ……………………… | ……………………… | ……………………… |

**I.4. Controle interne**

|  |  |
| --- | --- |
| **Gestion** | **Réponse**  |
| Les comptes et bilan de l'organisation sont tenus par un comptable agréé ou un expert-comptable. | Oui / Non |
| Les comptes et bilan de l'organisation sont vérifiés par un réviseur d'entreprise désigné commissaire aux comptes. | Oui / Non |
| L’organisation tient une comptabilité analytique. | Oui / Non |
| L'organisation a des procédures écrites et approuvées par les organes internes compétents concernant les processus d'achat et de paiement, y compris la séparation des fonctions. *Si oui, veuillez ajouter les documents décrivant ces procédures en annexe.*  | Oui / Non |
| L'organisation a des procédures écrites et approuvées par les organes internes compétents concernant les notes de frais liées au personnel.*Si oui, veuillez ajouter les documents décrivant ces procédures en annexe.* | Oui / Non |
| Les documents sociaux, fiscaux et salariaux (calcul des salaires, fiches fiscales, etc.) sont émis par un secrétariat social agréé. | Oui / Non |
| L'organisation se base sur un profil de fonction pour chaque recrutement, qui reprend une liste claire des tâches et titres requis (diplômes etc.). | Oui / Non |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire, éventuellement, d’autres éléments précisant que votre organisation possède un système de contrôle interne. |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**II.** **Caractéristiques de votre candidature**

*Les 4 axes seront analysés sur base de l'appel à projets et des critères de sélection qui y sont mentionnés*

*Pour rappel, voici les 4 axes de travail que vos activités doivent rencontrer :*

* *Développer et mettre en œuvre une collaboration inter et/ou extra-sectorielle, avec un CSM financé par la COCOM et si possible également avec d'autres structures ou secteurs*
* *Toucher un double public cible*
* *Travailler en équipes multidisciplinaires*
* *S'inscrire dans les missions actuelles des SPAD, en accordant une attention particulière à la mobilité et à l'outreach (travail de proximité) vis-à-vis des patients et des soignants bénéficiaires de l'intervention des SPAD*

**II.1. Contenu du projet**

**Description de l'axe 1** :

***" Développer et mettre en œuvre une collaboration inter et/ou extra-sectorielle, avec un CSM financé par la COCOM et si possible également avec d'autres structures ou secteurs, afin de :***

* *s'appuyer sur les compétences et expertises existantes ;*
* *s'ouvrir à des publics différents, dont l'ambulatoire ;*
* *promouvoir l'outreach . "*

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les activités pour lesquelles une subvention est demandée |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire de façon claire et précise la manière dont vous souhaitez réaliser ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire la valeur ajoutée de ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Description de l'axe 2 :**

*"* ***Toucher un double public cible :***

* *les patients qui se déplacent difficilement ou qui abandonnent au cours de leur programme de soins. Une attention particulière pour les bénéficiaires vulnérables (en ce qui concerne les possibilités de déplacement et l’aspect psychosocial) est souhaitable ;*
* *un soutien aux travailleurs du secteur social, du secteur de la santé et du secteur des personnes handicapées, et aux groupes cibles de ces secteurs."*

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les activités pour lesquelles une subvention est demandée |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire de façon claire et précise la manière dont vous souhaitez réaliser ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire la valeur ajoutée de ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Description de l'axe 3 :**

***"Travailler en équipes multidisciplinaires :***

*Toute équipe liée à un SPAD peut être renforcée ou développée autour d’une exigence de multidisciplinarité."*

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les activités pour lesquelles une subvention est demandée |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire de façon claire et précise la manière dont vous souhaitez réaliser ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire la valeur ajoutée de ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

**Description de l'axe 4 :**

***" S'inscrire dans les missions actuelles des SPAD, en accordant une attention particulière pour la mobilité et à l'outreach vis-à-vis des patients et des soignants bénéficiaires de l'intervention des SPAD:***

*Pour rappel, les trois missions du SPAD, telles que décrites dans l’appel à projet lancé par le SPF Santé Publique en 2002, sont :*

* *La sensibilisation, le coaching et/ou la supervision des services de première ligne,*
* *L’accompagnement des bénéficiaires à leur domicile (mobilité/outreach),*
* *La coordination du réseau de soins de la personne. "*

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les activités pour lesquelles une subvention est demandée |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire de façon claire et précise la manière dont vous souhaitez réaliser ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire la valeur ajoutée de ces activités |
|  |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez décrire les partenaires avec lesquels vous travaillerez dans le cadre de cette activitéVeuillez indiquer leurs références complètes (nom, adresse, leurs activités habituelles, leur(s) agrément(s) et leur rôle dans l’activité).  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| *Partenaire* | Adresse | Activité(s) habituelle(s) | Agrément(s) / Convention(s) | Rôle dans l'activité |
| ……………… | …………………………………………… | ………………………………… | Agréée / Conventionnée | ……………………………… |
| ……………… | …………………………………………… | ………………………………… | Agréée / Conventionnée | ……………………………… |
| ……………… | …………………………………………… | ………………………………… | Agréée / Conventionnée | ……………………………… |
| ……………… | …………………………………………… | ………………………………… | Agréée / Conventionnée | ……………………………… |
| ……………… | …………………………………………… | ………………………………… | Agréée / Conventionnée | ……………………………… |

|  |
| --- |
| Veuillez préciser les fonctions des personnes qui sont liées, directement ou indirectement, à la réalisation de l'activité ainsi que la justification de celle-ci.“Directement" lorsqu'il existe un lien direct entre la fonction et l'activité elle-même," indirectement "lorsqu'il n'y a pas de lien direct, mais plutôt une fonction de support (par exemple, le personnel administratif). Cela dépend de l'activité concrète à subventionner. |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonction | Quel est le lien entre la fonction et l'activité à subsidier | Directement ou Indirectement  | Nombre d’ETP | Nombre de personnes physiques |
| ………………………………………… | …………………………………………… | Directement / Indirectement | ………………… | ………………… |
| ………………………………………… | …………………………………………… | Directement / Indirectement | ………………… | ………………… |
| ………………………………………… | …………………………………………… | Directement / Indirectement | ………………… | ………………… |
| ………………………………………… | …………………………………………… | Directement / Indirectement | ………………… | ………………… |
| **TOTAL** | ………………… | ………………… |

**II.2. La subvention**

1. **La subvention demandée auprès d'Iriscare**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Montant demandé  | ………………… | € |
| Coût total des activités | ………………… | € |
| Partie des frais couverts par la subvention *(en %)* | ………………… | % |
| Apport en fonds propres, le cas échéant | ………………… | € |

|  |  |
| --- | --- |
| Recevrez-vous une participation financière du public cible pour cette activité? | Oui / Non |
| Si oui, précisez*Montant p.p. – Type de contribution: Cotisation / Participation aux frais de l’activité / …* |
|  |

|  |
| --- |
| ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… |

1. **Subvention(s) octroyée(s) par les autres entités**

|  |
| --- |
| Recevez-vous déjà une autre subvention pour la même activité, qui couvre (une partie de) la même période ? Ou avez-vous demandé/allez-vous demander une autre subvention?Si oui, précisez.  |
|  |
| Nom du pouvoir subsidiant | Montant | Frais éligibles*(Type : Personnel, fonctionnement ou investissement)* | La subvention est demandée ou octroyée |
| ………………………………………… | ………………… | € | ……………………………………………… | ………………………………… |
| ………………………………………… | ………………… | € | ……………………………………………… | ………………………………… |
| ………………………………………… | ………………… | € | ……………………………………………… | ………………………………… |
| ………………………………………… | ………………… | € | ……………………………………………… | ………………………………… |

|  |
| --- |
| **Recevez-vous déjà une subvention pour une autre activité que celle pour laquelle une subvention est demandée? Ou avez-vous demandé/allez-vous demander une subvention pour une autre activité que celle pour laquelle une subvention est demandée?****Si oui, précisez.**  |
|  |
| Nom du pouvoir subsidiant | Montant | Frais éligibles*(Type : Personnel (ETP), fonctionnement ou investissement)* | La subvention est demandée ou octroyée |
| *…………………………………………* | *…………………………* | *€* | *……………………………………….……* | *…………………………….……* |
| *…………………………………………* | *…………………………* | *€* | *……………………………………….……* | *…………………………….……* |
| *…………………………………………* | *…………………………* | *€* | *……………………………………….……* | *…………………………….……* |
| *…………………………………………* | *…………………………* | *€* | *……………………………………….……* | *…………………………….……* |

**III. Investissements et frais exceptionnels pour le soutien à la mise en place du SPAD pour l'année 2022**

Pour l'année 2022 uniquement, les projets pourront contenir un volet de frais de matériel/d'investissements utiles à la réalisation de leur mission.

Les demandes de subvention peuvent concerner les postes suivants:

* Matériel lié à l'installation du nouveau SPAD (IT, bureautique, aménagement des postes de travail, etc.);

Les demandes :

* doivent être justifiées par l'installation du nouveau SPAD présenté à la partie II du présent document, et la réalisation de ses missions en période post-COVID,
* seront analysées par le Comité de sélection.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Types d'investissement | Description | Montants |
|  | ……………………………………………………………………………….……………………  | …………………  |
|  | ……………………………………………………………………………….…………………… | …………………  |
|  | ……………………………………………………………………………….…………………… | …………………  |
|  | ……………………………………………………………………………….…………………… | …………………  |
| **TOTAL** | …………………  |

**IV.** **Annexes**

**Cochez les documents annexés et numérotez les documents en utilisant la numérotation ci-dessous.**

Certaines organisations de droit public *(communes – CPAS – organismes d'intérêt public)* ne doivent joindre que les annexes 2 (attestation bancaire) et 8 (budget de l’activité).

**IV.1. Votre organisation**

Veuillez joindre à votre demande :

 [ ]  **1**. L’organigramme de votre organisation;

 [ ]  **2**. Les derniers comptes approuvés (par l’organisme compétent) :

* Si votre organisation tient une comptabilité simplifiée : l’état des recettes et dépenses, regroupées par type ;
* Si votre organisation tient une comptabilité en partie double : le compte de résultat et le bilan

|  |  |
| --- | --- |
| Date d’approbation des comptes | …… / …… / ………… |

|  |  |
| --- | --- |
| Date de dépôt des comptes annuels approuvés | …… / …… / ………… |

 [ ]  **3**. La preuve de dépôt du dernier compte annuel au greffe du Tribunal du commerce ou à la Banque nationale belge

 [ ]  **4**. Si la loi l’exige, le rapport le plus récent d’un réviseur d’entreprise ou d’un comptable indépendant

Sauf si votre organisation a déjà reçu une subvention d'Iriscare et si votre compte bancaire n’a pas changé entre-temps, veuillez joindre à votre demande :

 [ ]  **5**. Une attestation bancaire à demander à votre organisme bancaire.

|  |  |
| --- | --- |
| *Eventuellement :* url vers les statuts | …………………………………………………………………………………… |

 [ ]  **6**. Une copie des statuts.

Veuillez joindre à votre demande :

 [ ]  **7**. Le cas échéant (voir I.4. Contrôle interne), les procédures écrites et approuvées par les organes internes compétents concernant les processus d'achat et de paiement, y compris la séparation des fonctions.), ainsi que les procédures liées aux notes de frais.

**IV.2. L’activité pour laquelle vous introduisez une demande de subvention**

Veuillez joindre à votre demande :

 [ ]  **8**. Le budget de l’activité. (Vous devez compléter le document type annexé à cet appel à projet)

*Le budget concerne* ***uniquement les frais couverts par Iriscare*** *pour lesquels vous demandez une subvention dans le cadre de cette candidature*

**V.** **Déclaration sur l’honneur**

|  |
| --- |
| Je certifie que toutes les données reprises dans ce document sont sincères et exactes. |
| Je certifie avoir l’autorisation de signer ce formulaire de demande. |
| Je certifie être au courant de la législation sur les marchés publics. |
|  |
| Je suis d’accord avec le traitement par Iriscare des données à caractère personnel demandées dans ce formulaire dans le cadre de l’accomplissement de ses missions et, plus spécifiquement, dans le cadre de l’octroi d’une subvention facultative. Vous retrouverez plus d’informations sur la politique de confidentialité d'Iriscare sur notre site internet. |
|  |
| Nom | ………………………………………………………………………………………… |
| Prénom | ………………………………………………………………………………………… |
| Fonction | ………………………………………………………………………………………… |
| Date | …… / …… / ………… |

Signature

1. 1 Agrément: Approbation de l'autorité [↑](#footnote-ref-1)
2. ² Convention: Accord de volontés conclu entre l'autorité et l'organisation [↑](#footnote-ref-2)