|  |
| --- |
| **AAP TIERS-LIEUX « AUTONOMIE DANS MON QUARTIER »**  **FORMULAIRE DE CANDIDATURE** |

*À remplir par le porteur de projet. Veuillez à être succinct et à vous appuyer sur le nombre de lignes maximales indiqué pour chaque rubrique. Le document ne peut pas excéder les 6 pages.*

**LE PORTEUR DE PROJET**

**ORGANISME PORTEUR** *(à compléter)* :

NOM :

ADRESSE :

STATUT JURIDIQUE :

SIRET :

**COORDINATEUR·ICE DU PROJET** *(à compléter)* :

|  |
| --- |
| NOM : PRENOM :  MAIL : TELEPHONE :  FONCTION : |

**NATURE DE LA DEMANDE** :

Quel type de soutien souhaitez-vous recevoir de la part du Département ? *(Cochez la ou les mentions)*

Soutien en fonctionnement  Aide à l’investissement

**IMPLANTATION DU PROJET** :

Le lieu d’implantation du projet de tiers-lieu a-t-il été identifié ? *(Cochez la mention)*

Oui  Non

Si oui, précisez l’adresse *(à compléter)* :

Le lieu accueille-t-il déjà du public et des actions ? *(Cochez la mention)*

Oui  Non

**Présentez succinctement votre organisme** (missions et activités principales, public cible, motivations à concourir) *(5 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**LES AMBITIONS DU PROJET**

**Présentez les principaux objectifs du projet** (besoins identifiés sur le territoire, méthode de diagnostic, philosophie générale du projet) *(10 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**LE CHAMP D’ACTION DU TIERS-LIEU**

**Décrivez les premiers éléments de programmation envisagées** (activités collectives, services à disposition, et usages imaginés pour le tiers-lieu) *(25 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**LA GOUVERNANCE DU TIERS-LIEU**

Précisez les horaires d’ouvertures envisagées en journée *(à compléter)* : de \_\_h à \_\_h

Nombre de jours d’ouverture par semaine *(à compléter)* : jours/semaine

Précisez le nombre d’heures sur site prévues pour le coordinateur *(à compléter)* : /semaine

**Décrivez le modèle organisationnel envisagé**(ressources humaines impliquées, types de contrat, profil du coordinateur, régulation des usages, critères et méthodes de programmation des activités/services, modalités d’accès à l’espace) *(15 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**Précisez les modalités d’association des usagers** (mode de gouvernance, modalités de concertation, efforts particuliers vers les publics âgées ou handicapées, recours au bénévolat) *(10 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**LA FORME DU TIERS-LIEU**

Comment est positionné l’espace allant accueillir votre projet de tiers-lieu ? *(Cochez la mention)*

En rez-de-chaussée d’un immeuble  Dans un bâtiment indépendant

Précisez la surface totale de l’espace accueillant le tiers-lieu *(à compléter)* : m2

**Précisez certains éléments concernant la dimension architecturale du lieu** *(disposition du lieu, méthodes de conception, aménagement prévu, accessibilité de la rue, présence de clôtures) (10 lignes maximum)*.

|  |
| --- |
|  |

**L’ANCRAGE TERRITORIAL DU TIERS-LIEU**

Le projet d’habitat inclusif est-il situé dans un quartier prioritaire de la politique de la ville ? *(Cochez la mention)*

Oui  Non

Si oui, précisez le nom du quartier *(à compléter)* :

**Décrivez l’insertion du projet dans la vie de quartier** *(situation géographique, caractéristiques du quartier, services et commerces à disposition, ressources et acteurs médico-sociaux, desserte des transports, inscription éventuelle dans un projet de renouvellement urbain)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**CALENDRIER DE REALISATION**

L’espace est-il opérationnel et prêt à accueillir ses usagers ? *(Cochez la mention)*

Oui  Non

Si non, quelle est la date prévisionnelle de livraison *(à compléter)* :

*Note : Nécessite de joindre au dossier de candidature un calendrier prévisionnel.*

**Décrivez les principales étapes du calendrier de réalisation** *(tâches réalisées, prochains objectifs, moyens utilisés pour la réalisation de ces actions)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**LES PARTENAIRES DU TIERS-LIEU**

**Décrivez les différents partenariats mis en place** *(partenariats déjà en place ou en cours de développement, précisions si ces partenaires sont des professionnels médico-sociaux ou en lien avec les publics en perte d’autonomie, nature des partenariats)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**MODELE ECONOMIQUE**

Quelle est la demande de soutien formulée au Département au titre de l’ingénierie ou de l’investissement ?

* En ingénierie *(à compléter)* :
* En investissement *(à compléter)* :

*Note : un budget prévisionnel, comprenant le détail des subventions demandées en fonctionnement et le cas échéant en investissement sera joint au dossier de candidature.*

**Précisez les modalités d’utilisation des fonds en fonctionnement** *(5 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

**Précisez, le cas échéant, les modalités d’utilisation des fonds en investissement** *(5 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

*Note : Nécessite de joindre au dossier de candidature un calendrier prévisionnel.*

**Décrivez les autres recettes prévues participant au bon équilibre du modèle économique** *(aides complémentaires, montant, organismes financeurs, activité commerciale prévue)* *(10 lignes maximum)* :

|  |
| --- |
|  |

*Le formulaire est à déposer sur* [***la plateforme demarches-simplifiées***](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/appel-a-projets-pour-des-tiers-lieux-autonomie) *accompagné des autres éléments du dossier de candidature.*