|  |  |
| --- | --- |
|  | **Date de réception de la candidature** |

**CANDIDATURE A L’APPEL A PROJETS « INNOVATION DANS L’ACCES AUX SOINS »**

**Intitulé précis du projet**

 **Nom du porteur de projet**

**Statut (association, collectivité, entreprise …) :**

**Description des activités principales de la structure**

*Pour les associations et entreprises*

* **Territoire concerné par le projet / l’initiative / l’expérimentation**

□ Régional

□ Infrarégional :

* Département :…………

Territoire couvert par l’expérimentation :

*Préciser et justifier le périmètre sur lequel se met en œuvre l’initiative (le quartier XXX ou la (les) commune(s) XXXX ou l’(les) intercommunalité(s) XXX, …)*

**Description détaillée du projet :**

* **Finalité / Objectifs recherchés**
* **Description du contenu du projet**
* **Partenariats**

*Noms, type de partenariat, nature de l’implication du ou des partenaires*

* **Résultats attendus**

*Notamment impact sur l’accès aux soins et sur la contribution à la réduction des inégalités sociales, territoriales et environnementales de santé*

*Quels indicateurs quantifiables, avec quels résultats, pourront permettre de considérer que le projet a été une réussite.*

* **Complémentarité avec les services existant sur le territoire d’actions**
* **Eléments innovants du projet et caractère démonstrateur / reproductible / diffusant**
* **Calendrier du projet**

*Points clés des différentes étapes du projet et dates prévisionnelles*

* **Moyens humains et techniques**

**Plan de financement**

|  |  |
| --- | --- |
| DEPENSES  | RECETTES |
| Poste de dépense | Montant (HT ou TTC)[[1]](#footnote-1) | Partenaire financier[[2]](#footnote-2) | Montant | % |
| ---- |  | Aide régionale attendue : Autres financements :* Acquis :
* Sollicités :
 |  |  |
| TOTAL | …. | TOTAL | ….. |  |

1. HT (en cas de récupération de la TVA sur l’opération) ou TTC (en cas de non-récupération) [↑](#footnote-ref-1)
2. Attention : le cumul de l’ensemble des aides publiques ne doit pas dépasser 80 % [↑](#footnote-ref-2)