

LYON, le

Direction de l'Action Sociale  
Sylvie SALAVERT  
Directrice  
Mail : [ssalavert@carsat-ra.fr](mailto:ssalavert@carsat-ra.fr)

Dossier suivi par M  
Tél. 04 72 91  
Mail : [@carsat-ra.fr](mailto:@carsat-ra.fr)

**DEMANDE DE SUBVENTION**  
**CREATION D'UN ACCUEIL DE JOUR**

**1/ PORTEUR DE PROJET :**

- Nom :
- Adresse :
- Tél :
- Email :
- Fax :

**2/ STATUT :**

- Association loi 1901
- Autres (fondation, Groupement d'Intérêt Public ...)

**3/ RESPONSABLES :**

- Nom :
- Qualité : (Président...) :
- Profession :

**DESCRIPTIF DE L'OPERATION :**

**4/ ETUDE DES BESOINS :**

**5/ OBJECTIFS DE L'ACTION :****6/ SECTEUR D'INTERVENTION :****7/ AUTORISATION :**

CROSMS le AVIS  
Date de l'arrêté d'autorisation :  
Capacité autorisée

**8/ DESCRIPTIF DES LOCAUX - IMPLANTATION****9/ JOURS D'OUVERTURE ET HORAIRES :****10/ PUBLIC CONCERNE :**

Nombre de bénéficiaires :

(dire si le public concerné est constitué majoritairement de GIR 5 ET 6)

**11/ MOYENS DE TRANSPORT MIS A DISPOSITION DES BENEFICIAIRES**

Coût pour la personne âgée

**12/ PRIX DE JOURNEE :**

. GIR 1 et 2

. GIR 3 et 4

. GIR 5 et 6

**13/ FINANCEMENT DU PRIX DE JOURNEE : (familles, CG, ARS...)**Etes-vous affiliés au CRCESU ? OUI  NON 

Si OUI fournir un justificatif.

Etes-vous en cours d'affiliation au CRCESU ? OUI  NON 

Si OUI fournir un justificatif

**14/ PROJET DE VIE :**

Remarques particulières :

**15/ MOYENS EN PERSONNEL**

	<b>SALARIES</b>	<b>PERSONNEL MIS A DISPOSITION</b>	<b>BENEVOLES</b>
Nombres de personnes			
Equivalent Temps Plein			
Qualification			

**Commentaires****16/ MOYENS MATERIELS**

Equipements, véhicule....

**13/ COUT DES EQUIPEMENTS/ PLAN DE FINANCEMENT**

<b>OBJET</b>	<b>COUT</b>	<b>FINANCEURS SOLLICITES</b>	<b>FINANCEMENTS ATTENDUS</b>
<b>TOTAL</b>		<b>TOTAL</b>	