

LYON, le

Direction de l'Action Sociale
Sylvie SALAVERT
Directrice
Mail : ssalavert@carsat-ra.fr

Dossier suivi par M
Tél. 04 72 91
Mail : @carsat-ra.fr

DEMANDE DE SUBVENTION

TRANSPORT DE PERSONNES A MOBILITE REDUITE

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 :

4 BUDGET GLOBAL DE L'ASSOCIATION:

- Chiffre d'affaires :
- Bilan

DESCRIPTIF DE L'OPERATION :

5/ ETUDE DES BESOINS :

6/ DESCRIPTIF DES EQUIPEMENTS :

Préciser s'il s'agit d'un renouvellement.

7/ SECTEUR D'INTERVENTION :**8/ JOURS D'OUVERTURE ET HORAIRES :****9/ PUBLIC CONCERNE :**

Nombre de bénéficiaires :

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

10/ CRITERE D'INTERVENTION :

Age :

Isolement :

Santé :

11/ COUT DU TRANSPORT :

. Préciser les aides susceptibles d'être accordées à la personne âgée.

. 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

12/ MOYENS EN PERSONNEL

	SALARIES	PERSONNEL MIS A DISPOSITION	BENEVOLES
Nombres de personnes			
Equivalent Temps Plein			
Qualification			

Commentaires

13/ COUT DES EQUIPEMENTS/ PLAN DE FINANCEMENT

OBJET	COUT	FINANCEURS SOLLICITES	FINANCEMENTS ATTENDUS
TOTAL		TOTAL	