# DEMANDE DE SOUTIEN FINANCIER DE LA COMMISSION COMMUNAUTAIRE FRANCAISE

**AUX INITIATIVES «  SANTE » - 2021**

**INFORMATIONS IMPORTANTES**

Les renseignements pratiques pour l’introduction de votre demande se trouvent en fin de document. Merci de veiller à vous y conformer.

Pour les associations ayant déjà bénéficié de subventions dans le cadre des initiatives « Santé » (et notamment pour ce qui concerne le renouvellement des subventions 2020), cette procédure doit être effectuée pour le **15 novembre 2020 au plus tard.** A défaut, le traitement de la demande ne pourra pas être garanti.

1. **IDENTIFICATION DE L’ASSOCIATION**

*A. Nom* *complet de* *l’association :*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

*B. Situation* *juridique de* *l'organisme :*

|  |  |
| --- | --- |
| ASBL  |  |
| ASBL para communale  |  |
| Établissement d'utilité publique (Organisme d’intérêt public) |  |
| Association de fait  |  |

Autres (précisez) ……………………………………………………………………………………………………………………………………

*C. Numéro* *d’entreprise (de la Banque Carrefour)* *:*  ……………………………………………………………

*D.* *Moniteur* *Belge :*

Date de publication des statuts au Moniteur Belge ……………………………………………………………

Date(s) de publication au Moniteur Belge des modifications des statuts

Votées au cours de la dernière année écoulée

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

Sont demandées ici, les adresses du siège social de l’association et de la ou les activités pour lesquelles une demande de subvention est introduite

*E. Adresse* *du Siège Social :*

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
| Site Internet : |  |

*F**. Adresse* *de l’activité subventionnée :*

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
| Site Internet : |  |

*G. Autres sièges d’activités :*

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
| Site Internet : |  |

*H. Numéro de* *Compte* *bancaire* *(sur* *lequel sera* *versée la* *subvention) :*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| B | E |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Un bulletin de virement ou une attestation bancaire sont joints au formulaire de demande

*I. Assujettissement à la TVA :*

Votre association est-elle assujettie à la TVA ? oui / non

Si oui, dans quelle proportion ?

……… %

*J. Responsables de* *l'organisation :*

Président / Personne mandatée (association de fait)

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, fonction :Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
|  |  |

Trésorier et/ou Comptable

Nom, prénom, fonction :

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
|  |  |

*K. Responsable(s) de la* *demande de* *subvention* *introduite*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, prénom, fonction :Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
|  |  |

Nom, prénom, fonction :

|  |  |
| --- | --- |
| Rue et N° : |  |
| Code postal et commune : |  |
| Téléphone : |  |
| Courriel : |  |
|  |  |

*L. Votre association* *est-elle* *reconnue* *par* *une* *ou* *plusieurs* *autorités* *publiques* *?* oui / non

Si oui, lesquelles ? …………………………………………………………………………………………………………………………………………..

 ……………………………………………………………………………………………………………………………………………

*M**. Votre association* *est-elle* *affiliée à* *une* *ou* *plusieurs* *fédérations* *ou* *autres ?* oui / non

Si oui, lesquelles ?

…………………………………………………………………………………………………

*N. Votre association* *fait elle* *appel à* *un* *secrétariat social* *?*  oui / non

Si oui, lequel ?

……………………………………………………………………………………………………

*O. Utilisez-vous* *un* *logiciel pour la* *tenue de* *votre* *comptabilité* *?*  oui / non

Si oui, lequel ?

………………………………………………………………………………………………………

*P. Quels sont les moyens en travailleurs de votre association ?*

Inscrivez le nombre de travailleurs engagés et précisez leur temps de travail pour chacune des années.

Exemples : 1 temps plein : **1** **x** **1/1**

 2 mi-temps : **2** **x** **1/2**

 1 tiers temps : **1** **x 1/3**

Si certains travailleurs relèvent d'une autre catégorie que celles que nous proposons, indiquez leur nature dans les cases (autre (préciser)) de la 1ère colonne du tableau.

|  |  |
| --- | --- |
| **Origine des financements** | **Année en cours . . . . .** |
| **COCOF** |  |
| **COCOM** |  |
| **V.G.C. (Vlaamse Gemeenschaps-commissie)** |  |
| Autres programmes de la **Région Bruxelles Capitale** |  |
| **A.C.S.** |  |
| Autres programmes de la **Fédération Wallonie-Bruxelles** |  |
| **Communes** |  |
| **A.L.E.** |  |
| **Autres programmes du Fédéral** |  |
| **Fondation Roi Baudouin** |  |
| **Programmes européens** |  |
| **Fonds** **Propres** |  |
| **Volontaires** |  |
| **Autre : …………………………..** |  |

*Q. Veuillez* *joindre* *une* *copie des documents* *suivants :*

Toutes les associations fourniront :

* le budget prévisionnel de l’activité et de l’association (Outil 2)
* le rapport d’activité de l’année précédente
* un bulletin de virement ou une attestation bancaire
* en cas de reconnaissance légale par une ou plusieurs autorités publiques, une copie de la notification d’agrément

Les « petites »[[1]](#footnote-1) ASBL sont en outre tenues de fournir :

* les derniers bilan et comptes approuvés
* la preuve du dépôt des comptes (de l’année précédente ou de l’avant-dernière année) au greffe du tribunal de commerce

Les associations de fait sont en outre tenues de fournir :

* le pouvoir de représentation désignant le(s) mandataire(s) chargé(s) de représenter l’association
1. **DEMANDE DE SUBVENTION**

*II A. Présentation du projet*

**Intitulé exact du projet**

|  |
| --- |
|  |

**Ce projet fait-il partie des activités habituelles de l’association ? oui/non**

**Description du projet :**

|  |
| --- |
| **Thématique du projet :****Contexte, problématique, besoins, motivations. Votre projet est-il innovant ? Si oui, en quoi ?****Finalité du projet :****Activités proposées :****Quelles sont les actions concrètes envisagées?** **Evaluation :****Quels sont les objectifs opérationnels qualitatifs et quantitatifs poursuivis ?****Quels sont les critères et outils mis en place afin de procéder à l’évaluation ?****Date du début du projet :****Quel est le territoire géographique desservi par le projet (quartier, commune, région, etc) ?****Partenaire(s) éventuel(s) du projet :** |

Moyens

**Personnel affecté au projet (nombre de travailleurs, qualification, formations suivies) :**

|  |
| --- |
|  |

**Public cible du projet (indiquez également le nombre de personnes, les catégories d'âges, le niveau socio-économique), ... :**

|  |
| --- |
|  |

**Description des objectifs du projet en rapport avec les matières relevant de santé :**

|  |
| --- |
|  |

**Publicité du projet : description des différentes démarches à entreprendre pour faire connaître le projet auprès : du public concerné - des partenaires éventuels - de la population bruxelloise**

|  |
| --- |
|  |

*II B. Détail des subsides demandés*

**Pour quel type d’activités la subvention est-elle demandée ?**

|  |
| --- |
|  |

**Montant demandé :**

|  |
| --- |
|  |

**Pour quel type de dépenses ?**

|  |
| --- |
| **Détaillez les postes comptables pour lesquels cette subvention est demandée : (JOINDRE LE TABLEAU D’INFORMATIONS BUDGETAIRES) :** |

**Une participation financière est-elle demandée au public visé par le projet ? Oui/Non**

**Si oui, précisez les montants :**

|  |
| --- |
| **Cotisation (annuelle/mensuelle/...) :****Participation financière aux activités :****Autres :** |

**Période visée par le projet**

|  |
| --- |
|  |

 *Montant des subventions octroyées par d’autres pouvoirs ou organismes subsidiant à l’association pour l’année précédente ainsi que le type de projet pour l’année précédente*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Année** | **Organisme** | **Projet** | **Montant demandé** | **Montant octroyé** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Evaluation du projet pour l’année précédente** |
| **Décrivez les actions entreprises l’année précédente dans le cadre de ce projet, en précisant pour chacune d’elles :** |
| **1. Les objectifs qualitatifs et quantitatifs fixés en début d’année ;** |
| **2. Le degré d’atteinte de ces objectifs ;** |
| **3. L’analyse ou l’explication des éventuels écarts ;** |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

**III. PRÉCISIONS SUPPLÉMENTAIRES RELATIVES À LA POLITIQUE DE GENRE :**

Le projet :

* vise-t-il à réaliser l’égalité entre les femmes et les hommes ? Oui / Non, expliquez **:**

|  |
| --- |
|  |

* s’adresse-t-il plus spécifiquement à un public masculin ou féminin ? Oui/Non, expliquez :

|  |
| --- |
|  |

* est-il susceptible de toucher de manière différenciée les femmes et les hommes ? Oui/Non, expliquez :

|  |
| --- |
|  |

* Précisez les données genrées sur le public cible bénéficiaire.

|  |
| --- |
|  |

**IV. PRISE EN COMPTE DE LA DIMENSION DE HANDICAP**

Le projet :

* s’adresse-t-il également à des personnes en situation de handicap ?

|  |
| --- |
|  |

* comprend-il des actions visant l’inclusion des personnes en situation de handicap ?

Si oui, lesquelles ?

|  |
| --- |
|  |

|  |
| --- |
| Cochez les déclarations sur l’honneur, datez et signez:Je certifie que toutes les données reprises dans ce document sont sincères et exactes. Je m'engage à ne pas utiliser les pièces justificatives de dépenses financées par la Commission communautaire française pour justifier d'autres subventions.Le .................................................. , à ………………………………NOM, Prénom: …………………………………………………………………………………………….Fonction : …………………………………………………………………………………….…………….. Signature : |

**V. RENSEIGNEMENTS PRATIQUES**

### Ce formulaire n’est recevable que dûment complété et accompagné des annexes suivantes :

* *Budget prévisionnel de l’****ASBL*** *pour l’année 2021 (voir document budget prévisionnel sur le site du SPFB, onglet Initiative Santé) ;*
* *Budget prévisionnel du* ***projet*** *ou de l’activité qui fait l’objet de la demande,* ***en différenciant clairement les ressources affectées à ce projet de celles affectées aux autres projets éventuels****;*
* *Rapport d’activité de l’année précédente ;*
* *Derniers comptes et bilans approuvés, avec attestation du greffe du Tribunal de Commerce en ce qui concerne les petites ASBL. Les comptes et bilans du dernier exercice seront à remettre dès que ceux-ci auront été approuvés.*

*Des documents-types sont disponibles sur le site de la Commission communautaire française :* [*www.spfb.brussels*](http://www.spfb.brussels)*.*

*Par ailleurs, il vous est loisible d’annexer tout document qui pourrait étayer votre demande ou préciser, si nécessaire, certaines réponses apportées dans ce formulaire.*

*La présente demande engage, en cas d’octroi de la subvention, à mentionner le soutien de la Commission communautaire française sur les différentes publications de l’association (courriers, revues, dépliants, affiches, programmes, site Internet, etc.).*

### Ce formulaire, ainsi que les documents annexes, doivent être envoyés :

### par courrier postal à l'adresse suivante:

Service public francophone bruxellois

Service de la Santé

Rue des Palais, 42

1030 Bruxelles

A l'Attention de Madame Talbia BELHOUARI, Conseillère Cheffe de service.

### par voie électronique aux adresses mail suivantes:

* lgarre@gov.brussels
* fpastur@spfb.brussels et dlange@spfb.brussels
1. Les petites ASBL sont celles qui n’atteignent pas deux des trois critères suivants (montants en vigueur en 2013 et susceptible d’être indexés):

	1. 5 travailleurs ETP en moyenne annuelle
	2. 312.500 euros de recettes, autres que exceptionnelles, hors TVA
	3. 1.249.500 euros de total bilantaire [↑](#footnote-ref-1)