**médiateur en santé**

**APPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**Dossier de candidature**

DEPOT DES DOSSIERS

Le dossier de candidature doit être envoyé sous forme électronique

Jusqu’au **19 septembre 2025**

**à l’adresse suivante :**

ars-reunion-datps@ars.sante.fr

*Contact pour toute demande de précisions :*

*alexia.tiziani@ars.sante.fr*

**Partie I : Fiche d’identité du promoteur**

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure**- Nom- Adresse- N° Siret le cas échéant- N° Finess le cas échéant |  |
| **Représentant légal** * Nom/Prénom
* Fonction
* Téléphone
* Mail
 |  |
| **Coordonnateur du projet*** Nom, prénom
* Fonction
* Téléphone
* Mail
 |  |
| **Type d’action** |  Action nouvelle Amplification d’une action existante |
| **Montant de la subvention demandée à l’ARS La Réunion** |  |

**Partie II : Description du projet**

**Justification du projet :**

|  |
| --- |
| **Contexte** : besoins de santé identifiés, articulation avec l’existant…  |
|  |

**Objectifs du projet :**

|  |
| --- |
| **Objectif général** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs spécifiques** |
|  |

|  |
| --- |
| **Objectifs opérationnels** |
|  |

**Modalités de réalisation du projet :**

|  |
| --- |
| **Description détaillée de la stratégie d’intervention**  |
| Les promoteurs devront préciser le territoire d’intervention, identifier le public cible, hiérarchiser les missions du médiateur en santé et détailler les modalités organisationnelles prévues pour la mise en œuvre du projet. |

|  |
| --- |
| **Description détaillée de la gouvernance/pilotage du projet**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens humains et/ou des structures sur lesquels s’appuie le projet**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Description des moyens matériels nécessaires pour le projet**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Résultats attendus et impact visé**  |
|  |

|  |
| --- |
| **Modalités de suivi de la réalisation du projet** : points d’informations, rapports intermédiaires, bilans annuels….  |
|  |

|  |
| --- |
| **Valorisation et perspectives du projet**: - quelle pérennisation/quelles perspectives pour le projet ? - en termes de communication (public, médias …) |
|  |

**Partenaires impliqués dans la mise en œuvre du projet :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme** | **Référent** | **Fonction** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Calendrier et étapes clés du projet :**

Adéquation du calendrier proposé au regard des objectifs du projet

|  |  |
| --- | --- |
| **Etapes** | **Description** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**Evaluation du projet :**

|  |
| --- |
| **Méthode d’évaluation** Décrire la/les méthode(s) et les critères d’évaluation Préciser les indicateurs de suivi et les résultats à atteindre à 1 an |
|  |

**Budget prévisionnel et financement :**

|  |
| --- |
| **Justification des crédits sollicités**Répartition et détail du budget demandé pour la réalisation du projet (en complément du BP détaillé à renseigner) |
| Moyens humains Moyens matériels CommunicationEvaluationAutres (précisez)Total  | Montants*(durée totale de la prestation)* |

|  |
| --- |
| **Co-financements du projet** Autres financements (demandés, obtenus, prévus)- Préciser les montants et les noms des organismes financeurs- Pour les projets d’amplification d’une action existante, ou d’extension territoriale d’une expérimentation, préciser les financements actuels. |
|  |

**Engagement de la structure**

|  |
| --- |
| **Nom de la structure bénéficiaire de la subvention :**  |
| Je, soussigné(e)……………………………………………………………………………………………. Représentant légal Personne dûment habilitée*(Cette personne est soit le représentant légal de l’organisme, soit toute autre personne dûment habilitée et bénéficiant d’une délégation de pouvoir ou de signature établie par le représentant légal. En cas de délégation de pouvoir ou de signature, joindre la copie de délégation)** certifie exactes et sincères les informations présentées dans le dossier
* demande une subvention globale de …………………… €
* précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de la structure :

Nom du titulaire du compte: ...........................................................................................................Banque : ..........................................................................................................................................Domiciliation : .................................................................................................................................. IBAN : ..............................................................................................................................................BIC : ................................................................................................................................................Fait le …………………, à ………………………………. Cachet de la structure et signature : |