

Dossier de candidature



**Lire impérativement le règlement de l’appel à projets avant de commencer à compléter le dossier de candidature.**

Conformément au règlement de l’appel à projets, le porteur de projet doit fournir un dossier de candidature dûment rempli, daté et signé, en version papier et en version dématérialisée.

Dépôt du dossier de candidature au plus tard le 19-01-2018 à minuit.

Connaissance de l’appel à projets(comment, par qui et où en avez-vous eu connaissance ?)

# PARTIE 1 : LA STRUCTURE

### Situation administrative

Nom de la structure :

Adresse :

Code Postal :

Ville :

N° de téléphone :

Adresse mail :

Adresse site Internet :

N° SIRET :

### Responsable de l’organisme

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse e-mail :

N° de téléphone :

### Chargé(e) de projet réferent

Nom :

Prénom :

Fonction :

Adresse e-mail :

N° de téléphone :

### Nature de la structure

Statut :

❒ Structure publique

❒ Associations (but lucratif ou non)

❒ Sociétés privées lucratives ou non

❒ Groupements / consortiums comprenant des associations, entreprises à buts lucratifs ou non

Domaine d’activité

Description des activités principales de la structure

# PARTIE 2 : LE PROJET

Motivations :(en quelques lignes, décrire quelles sont vos motivations pour participer à cet appel à projets)

### Sujet auquel le projet répond :

❒ **Sujet 1****: La mobilité de chacun pour le maintien de son capital santé.**

Solutions permettant de faciliter l’accès aux soins mais aussi l’accompagnement pour des actions non médicales pour les personnes vivant à domicile, notamment les personnes fragiles ou à risque de fragilité.

❒ **Sujet 2****: De la coordination autour du patient (pathologie) à la coordination autour de la personne (qualité de vie)**

Solutions permettant de faciliter la coordination des acteurs gravitant autour d’une personne âgée. Question de l’optimisation des méthodes et actions en lien avec le dépistage de pathologies ou de situations à risque et la coordination pour la mise en place d’un accompagnement adapté autour de la personne. L’objet n’est pas de se centrer uniquement sur le sanitaire mais aussi sur la qualité de vie des personnes.

❒ **Sujet 3 :** **De l’acceptation du changement à l’adaptation de l’habitat pour vivre chez soi plus longtemps**

Solutions favorisant la continuité des actions mises en œuvre après le diagnostic pour l’aménagement de l’habitat à la perte d’autonomie (ou dans l’optique d’anticipation des besoins futurs). Question de la projection des personnes dans leur espace de vie adapté, de l’évaluation de l’impact des changements, de l’accompagnement dans l’appropriation des nouveautés et dans le parcours du diagnostic à l’usage des nouvelles installations.

Titre de votre projet / nom de votre solution :

Résumé de votre projet :(décrire succinctement la solution, son objet et ses principaux objectifs, sa valeur ajoutée)

Nota : une preuve de concept (un prototype, une démonstration…) sera demandée lors de la présentation prévue devant les membres fondateurs du projet.

Maturité de votre projet / de votre solution : (décrire en quelques mots l’état d’avancement du projet, l’état actuel, un bref résumé des phases passées et un bref prévisionnel des phases à venir)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Phases réalisées** | **Etat actuel** | **Phases à venir** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

benefices et impacts globaux de votre projet / de votre solution : (décrire en quelques lignes en quoi le projet contribue au bien-être et au bien vieillir, favorise la préservation du lien social, contribue à retarder l’entrée dans la dépendance. Préciser en quoi la solution est adaptée à tous (non stigmatisant)

Considération des populations précaires et des communautés à risque : (décrire en quoi le projet prend en considération les populations fragiles économiquement, précaires, ainsi que les communautés à risque : en termes d’acceptabilité, d’accessibilité, d’usage…)

appropriation de votre solution : (préciser en quoi le projet intègre une démarche d’accompagnement à l’utilisation de la solution. L’échange intergénérationnel est encouragé pour favoriser l’accompagnement et/ou l’appropriation des solutions innovantes soutenues)

Prévention : (préciser en quoi le projet tient compte de la notion de prévention santé)

Valeur d’usage de votre solution : (décrire en quoi et à qui précisément la solution est utile : lien avec l’environnement local, les besoins/manques identifiés sur le territoire, les besoins des personnes âgées autonomes ou à risque de perte d’autonomie… Préciser les éléments qui permettent de valider l’acceptation et l’accessibilité de la solution par le public à qui elle est destinée. Nous vous recommandons d’indiquer les références qui confirment vos constats\*.)

**\*** Toute source peut être citée. L’utilisation de l’Observatoire des fragilités est préconisée <http://www.observatoiredesfragilites.fr/>

caractere innovant par rapport à l’existant :(analyse des solutions existantes : démontrer si la solution proposée est nouvelle, présenter les solutions concurrentielles et la différence/complémentarité avec elles, préciser la valeur ajoutée de la solution par rapport à la concurrence).

respect des normes et de la réglementation en vigueur : (présentation des normes identifiées concernant votre solution et mise en avant des démarches mises en œuvre pour les respecter)

Connaissance de l’écosystème du territoire de la metropole : (préciser en quoi la mise en œuvre de votre projet / le déploiement de votre solution s’opérera dans une dynamique partenariale : quels axes de collaboration avec (1) les acteurs locaux susceptibles de consolider ou compléter le projet et (2) les acteurs institutionnels impliqués, directement ou indirectement, dans le champ d’activité du projet. Décrire en quoi la solution proposée est utilisable par les acteurs présents sur le territoire sans implication d’acteurs supplémentaires.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **Nom des structures partenaires** | **Implication directe (oui/non + détails)** | **Implication indirecte (oui/non + détails)** |
| **Partenariats acquis** |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **Partenariats envisagés**  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

Capacité à être dupliqué sur d’autres territoires : (mise en avant des éléments d’analyse du territoire Montpelliérain et d’autres territoires en France sur lesquels votre solution est déjà implantée ou non permettant d’avancer que la solution est déployable ailleurs : éléments de marché, de positionnement, étude de l’écosystème des territoires)

Modèle économique et viabilité de votre projet : (préciser le modèle économique envisagé, argumenter sa pérennité afin que le projet se poursuive après le soutien financier de l’appel à projet - assurant un reste à charge quasi nul pour l’utilisateur. Business plan : éléments de marché, plan de trésorerie prévisionnel, éléments de stratégie de déploiement…)

## Pour les solutions logicielles ou connectées

Certification qualité ISO 9001 et/ou démarche ITIL : (présentation de tous les éléments jugés pertinents pour démontrer l’inscription éventuelle dans une démarche qualité ISO 9001 et/ou une démarche ITIL).

Exigences non fonctionnelles sur la qualité de la solution : (utilisabilité, (ergonomie), fiabilité, rendement (temps de réponse), maintenabilité, portabilité, interopérabilité avec des logiciels existants (notamment le Dossier Médical Partagé)

# Partie 3 : mise en œuvre du projet

## Calendrier du prévisionnel du projet

Date de début du projet : Date de fin du projet :

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Etapes** | **Description** | **Date de démarrage** | **Durée** | **Date de fin estimée** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

## Ressources

### Les ressources humaines et matérielle

|  |  |
| --- | --- |
| **Equipe dédiée au projet** ***(ajouter ou supprimer des lignes si nécessaire)***  | Nom : Prénom : Poste : ETP pour le projet :Nom : Prénom : Poste : ETP pour le projet :Nom : Prénom : Poste : ETP pour le projet : |
| **Moyens matériels**  |  |

### Budget prévisionnel

Nota : les montants doivent être renseignés en **TTC**. Lors de la clôture, le porteur de projet devra justifier l’ensemble des dépenses.

Si le budget effectif est inférieur au budget prévisionnel, KYOMED INNOV se réserve le droit de revoir à la baisse le montant du dernier versement, proportionnellement aux dépenses effectivement réalisées.

|  |
| --- |
| Budget prévisionnel  |
| Charges | Montant | Produits | Montant |
| Achat |  | Apports |  |
| Achats d'études et prestations de services |   | Financements complémentaires  |   |
| Fournitures non stockables (eau, énergie, etc.) |   |   |   |
| Fourniture d'entretien et de petit équipement |   |   |   |
| Autres fournitures |   |   |   |
| Services extérieurs |  | Appel à projet "Mon Cap Santé" |  |
| Sous-traitance générale |   | Subvention KYomed INNOV  |   |
| Locations |   |  |   |
| Entretiens et réparation |   |  |   |
| Assurances |   |  |   |
| Documentation |   |   |   |
| Divers |   |   |   |
| Autres services extérieur |  | Autres subventions acquises |  |
| Honoraires |   | ARS |   |
| Publicité |   | Régions |   |
| Transports |   | Département |   |
| Déplacements et mission  |   | (Autres, précisez)  |   |
| Impôt et taxes |   |   |   |
| Charges de personnel  |   |   |   |
| TOTAL |  | TOTAL |  |

Je soussigné(e) ……………………………………….. représentant(e) légal(e) de la structure …………………… certifie que les renseignements mentionnées ici dessus sont exacts

Fait à ………………………………………… ; le ………………………………………………

Signature du représentant légal

### gouverance et suivi

|  |  |
| --- | --- |
| **Définir les modalités de pilotage et de suivi du projet / outil de reporting**  |  |

### Ressources documentaires a joindre au dossier (cochez la colonne qui vous concerne)

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Documents** | **Obligatoire** | **Fourni****(cocher)** | **Non concerné****(cocher)** |
| Le dossier de candidature en deux versions : * Signé et daté au format pdf
* Signé et daté au format papier
 | ⌧ |  |  |
| Le budget prévisionnel du projet complété | ⌧ |  |  |
| Une attestation Urssaf, datant de moins d’un an, précisant que votre structure est à jour du versement de ses cotisations sociales (si la structure est composée de bénévoles, faire une attestation sur l’honneur le précisant).*Pour information, l’Urssaf délivre ce type d’attestation sur son site internet* | ⌧ |  |  |
| Un RIB original | ⌧ |  |  |
| Les statuts signés et datés | ⌧ |  |  |
| Une copie de la déclaration au Journal Officiel ou les documents officiels de la déclaration de la société ou extrait K-bis  | ⌧ |  |  |

Je soussigné(e) **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

En ma qualité de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Certifie l’exactitude des renseignements et éléments fournis dans le cadre de ma demande de subvention.

Fait à : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** Le : **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

Signature :