**ANNEXE 1 : COURRIER DE DEMANDE D’AIDE**

Logo structure :

Nom structure :

Adresse structure

Dossier suivi par : NOM Prénom

Tél. et courriel :

Monsieur Le Directeur de l’ODEADOM

12, Rue Henri Rol-Tanguy

93555 MONTREUIL

**Objet : Aide à l’encadrement administratif 2025**

Monsieur le Directeur,

Je vous transmets la demande d’aide, émise par **« nom de la structure »,** déposée dans le cadre de l’appel à projet encadrement administratif de 2025.

Cette aide vise à soutenir ***x actions*** qui seront conduites au cours de l’année 2025 :

* Descriptif et objectifs des actions

* Les coûts en lien avec cette candidature s’élèvent **à …… €**

Le montant de la subvention demandée en fonction des plafonds et des taux d’aide est de **………. € *(en chiffres et en lettres****).*

**Formule de politesse,**

**Signature du représentant légal + tampon**

**(Préciser le nom du signataire)**

*A , le*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **ANNEXE 2 : DOSSIER TECHNIQUE POUR L’APPEL A PROJETS 2025/01** |  |

1. **Présentation technique du projet**

|  |
| --- |
| **Porteur de l’opération** |
| **Nom de la structure** |  |
| **Adresse** |  |
|  **Forme juridique**  |  |
| **Représentant légal** |  |
| **Responsable du projet** |  |
| **Téléphone et courriel du responsable du projet** |  |
| **Nombre d’adhérents ou associés dont nombre d’adhérents actifs** |  |
| **Partenariat de mutualisation** *(si oui, nature du partenariat et partenaire(s) identifié(s)* |  |

|  |
| --- |
| **Synthèse de l’opération d’encadrement administratif 2025** |
| **Résumé de l’opération (10 lignes au maximum)***Contexte, enjeux, objectifs généraux, types d’actions prévues* |
|  |
| Nombre d’actions aidées |  |
| **Budget prévisionnel global de l’opération** |
| Actions | **Action 1** | **Action 2** | **…** | **Total des actions** |
| Frais de personnel  |  |  |  |  |
| Frais de fonctionnement |  |  |  |  |
| Frais de déplacement  |  |  |  |  |
| Total |  |  |  |  |
| **Montant du financement demandé pour l’opération** |
| Taux d’aide appliqué | 48% pour les structures ayant mis en place un partenariat de mutualisation des moyens43 % pour les structures sans partenariat de mutualisation des moyens  |
| Montant de l’aide demandée |  |
| **Indicateurs** |
| Date arrêt des comptes 2023 |  |
| Date AG validation comptes 2023 |  |
| Date arrêt des comptes 2024 |  |
| Date AG validation comptes 2024 |  |

A , le

Le représentant légal de ……………………………………….

*Nom + cachet + signature*

**2. Présentation générale du projet**

*2.1 Description du partenariat en cas de mutualisation*

*2.2 Besoins en encadrement administratif identifiés par le demandeur*

*2.3 Objectifs poursuivis en sollicitant l’aide à l’encadrement administratif et plan d’actions de la structure collective (mentionnant le cas échéant des actions mutualisées), notamment en terme de programmation des instances de validation des comptes*

*2.4 Comment l’opération contribue-t-elle à s’inscrire dans le projet de développement de la structure ? Quels sont les résultats attendus ?*

*2.5 Présentation des prestataires pour lesquels une aide est demandée.*

*Prestataire 1 :*

* Statut
* Rôle dans le projet
* Effectif
* Qualification et expérience en lien avec le projet
* Tout autre élément pertinent
* Modalité de sélection

 **Fiche Action (une fiche par action)**

|  |
| --- |
| **Action n°** |
| Intitulé |  |
| Durée | du \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Contenu et objectifs |  |
| Prestataires impliqués et rôles |  |
| Nombre d’agents de la structure impliqué dans cette mission  |  |
| **Salarié(e) pour lequel l’aide est demandée** |
| NOM Prénom |  |
| Diplôme  |  |
| Expérience |  |
| Nombre de jours consacrés à l’action |  |
| Nombre de jours travaillés |  |
| **Dépenses prévisionnelles** |
| Frais de personnel |  |
| Frais de prestations |  |
| Frais de fonctionnement |  |
| Frais de déplacement  |  |
| Budget total de l’action |  |
| Justificatifs fournis *(bulletins de salaire, devis, facture, diplômes, …)* |  |