FORMULAIRE DE DEMANDE SUCCINCT

ORGANISATIONS PARTENAIRES DU DOMAINE DE L’ACTION SOCIALE EN SUISSE

1. INFORMATIONS SUR L’ORGANISATION

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’organisation |  |
| Canton |  |
| Site internet |  |
| Coordonnées de la personne de contact |  |

Nous vous remercions d’attester que votre organisation respecte ces critères :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| No | CRITÈRES | OUI | NON |
| 1 | L’organisation a son siège et déploie ses activités en Suisse. |  |  |
| 2 | L’organisation est de droit privé. |  |  |
| 3 | L’organisation est à but non lucratif. |  |  |
| 4 | L’organisation dispose d’une reconnaissance d’utilité publique (si ce n’est pas le cas, ce document doit être demandé après octroi de la reconnaissance en vue de la deuxième étape).  **Attestation à fournir en annexe** |  |  |
| 5 | L’organisation peut assurer un suivi de la prestation et garantir la meilleure utilisation des fonds. |  |  |
| 6 | L’organisation respecte les normes comptables en vigueur et est soumise à une vérification annuelle de ses comptes. |  |  |
| 7 | L’organisation poursuit un objectif social en faveur des bénéficiaires sans discrimination d’origine ethnique, de religion, d’appartenance politique, etc. Les offres ne servent en aucun cas à des fins de propagande religieuse, politique ou à des objectifs autres que l’aide (non-discrimination, impartialité, neutralité, indépendance). |  |  |

1. DONNÉES GÉNÉRALES SUR LA PRESTATION

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Titre de la prestation |  | | | |
| La prestation a-t-elle déjà été soutenue par la Chaîne du Bonheur ? Si oui : numéro de projet |  | | | |
| Depuis quand la prestation est-elle disponible ? (Indiquez le mois et l’année) |  | | | |
| La prestation est-elle unique en son genre ? (Si des prestations comparables existent dans la région : nom de l’organisation compétente et localisation) | OUI | | NON  Nom de l’organisation :  Lieu : | |
| Durée de financement: 4 ans (Indiquez la date de début et de fin. Date de début au plus tôt le 01.01.25, date de fin au plus tard le 31.12.29) |  | | | |
| Court descriptif du profil et du nombre des personnes soutenues |  | | | |
| Description succincte de la prestation, objectifs et activités principaux |  | | | |
| Contexte |  | | | |
| Principaux objectifs |  | | | |
| Activités |  | | | |
| Montant sollicité  (pour la première année de soutien) |  | | | |
| À quoi doit servir le financement demandé ? (Description dans la deuxième colonne, p. ex. : payer le salaire d’une thérapeute qui travaille à 50% sur une année dans le cadre de la prestation) | * Frais de personnel de la prestation | | |  |
| * Frais de matériel | | |  |
| * Frais administratifs et structurels | | |  |
| * Mesures de communication\* | | |  |
| * Appui à la levée de fonds\* | | |  |
| * Développement de l’organisation\* | | |  |
|  | | |  |
| Des fonds publics ont-ils été sollicités pour un soutien à long terme de la prestation ? | OUI | NON | | |
| Veuillez décrire l’état actuel des discussions. |  | | | |

\*Ces coûts n’ont pas besoin d’être budgétisés.

|  |
| --- |
| Signature de la personne responsable de la prestation :  Date, lieu : |

DOCUMENTS À JOINDRE

* Attestation d’utilité publique (ce document se présente souvent sous la forme d’une   
  exonération d’impôts)
* Statuts