



**DOSSIER DE CANDIDATURE 2022**

Comme défini dans ses statuts, **le Fonds de Dotation LUCIE CARE** a pour vocation de **financer des missions d’intérêt général liées aux jeunes déficients visuels**et mises en place par des organismes sans but lucratif dans le cadre de nombreuses activités dans les domaines de l’éducation, de la culture, du sport et des loisirs.

**Attention :** seuls **les organismes à but non lucratif** ayant une mission d’intérêt général sont éligibles pour les projets, c'est-à-dire **des associations, des fondations, des fonds de dotations et établissements publics**.

Les projets peuvent avoir une dimension internationale, cependant ils doivent être portés par **une structure basée en France.**

**Modalités**

1. Remplir ce dossier en intégralité de façon numérique **au format WORD** et de le renvoyer avec les pièces jointes par courriel à [projets@lucie-care.org](mailto:projets@lucie-care.org)
2. Fournir les pièces justificatives demandées et toute pièce pouvant compléter le dossier
3. Dates limites de réception des dossiers pour les4 **s**essions : **2 février, 2 mai, 2 septembre, 2 novembre**

**Pièces à joindre selon le type de structure :**

- Statuts  
- Déclaration en préfecture  
- Liste des membres du conseil d’administration  
- Rapport d’activité de l’année précédente  
- Dernier bilan financier

- RIB

***ETAPES :***

**Constitution du dossier :**

N’hésitez pas à nous contacter au préalable pour échanger autour de votre projet et de son éligibilité.

**Instruction :**

Votre dossier, une fois complet, est étudié par un comité afin de vérifier qu’il entre dans le périmètre d’action de LUCIE CARE et que son utilité sociale pour les jeunes déficients visuels est avérée. Il est ensuite soumis au vote du conseil d’administration. La réponse intervient environ 1 mois après la date de clôture de la session.

**Soutien :**

Si le dossier est validé par le conseil d’administration, une convention sera signée entre les deux parties. Cette convention formalise le partenariat et engage les deux parties à mener à bien la réalisation du projet en fixant le montant des versements ainsi que les obligations des deux parties.

**VOTRE STRUCTURE**

NOM :   
ADRESSE :   
CODE POSTAL ET VILLE :   
SITE INTERNET :   
STATUT JURIDIQUE :   
DATE DE CREATION :   
NOMBRE DE SALARIES :

NOMBRE DE BENEVOLES :   
BUDGET GLOBAL :   
TERRITOIRE COUVERT :

**REPRESENTANT LEGAL :**

NOM – PRENOM :   
FONCTION :   
TELEPHONE :   
COURRIEL :

**CONTACT :**

NOM - PRENOM :   
FONCTION :   
TELEPHONE :   
COURRIEL :

**OBJET / VOCATION DE LA STRUCTURE**

Présentez en quelques lignes les missions remplies par votre structure. Précisez votre expérience ou votre lien avec le handicap visuel, s’il n’est pas évident de par votre activité.

**PROJET**

**NOM DU PROJET :**

**DESCRIPTION DU PROJET :**

En quelques lignes, racontez la genèse du projet et son contenu.

**BESOINS** :

A quel(s) besoin(s) répond le projet ? Quels sont les besoins identifiés sur quel territoire ?

**OBJECTIFS** :

Listez vos objectifs pour répondre aux besoins identifiés.

**BENEFICIAIRES** :

Pouvez-vous décrire et/ou quantifier le nombre de jeunes aveugles ou malvoyants bénéficiaires directs ou indirects. Quels sont les autres bénéficiaires complémentaires ?

**BUDGET**

**BUDGET GLOBAL DU PROJET :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Dépenses pour le projet | Unité | Nombre | Cout unitaire | Total |
| - Achats |  |  |  |  |
| - Services extérieurs ( à détailler) |  |  |  |  |
| - Ressources humaines liées au projet |  |  |  |  |
| - Autres |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL DEPENSES PROJET |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Recettes pour le projet | Validé | Demandé | % | Total |
| - Financement demandé à LUCIE CARE |  |  |  |  |
| - Fonds propres |  |  |  |  |
| - Autres subventions |  |  |  |  |
| - Autres produits (à détailler) |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| TOTAL RECETTES PROJET |  |  | 100% |  |

**Description des éléments financés par Lucie Care :**

**COMMUNICATION**

**ACTIONS DE COMMUNICATION SUR LE PROJET**

Quelles actions et supports de communication sont prévus pour faire connaitre le projet ?

**VISIBILITE DE LUCIE CARE :**

Comment sera valorisé le soutien de Lucie ? Où le logo de Lucie Care peut apparaitre ou sur quelle communication pouvez-vous citer Lucie Care ?

|  |  |
| --- | --- |
| **SUPPORT** | **Visibilité de LUCIE CARE** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MOTIVATION** :

En 5 lignes maximum, présentez les forces de votre projet en faveur des jeunes déficients visuels.