



Le Brabant wallon

# Subventionnement des actions mises en place par les communes et CPAS du Brabant wallon pour agir contre l'isolement des aînés en améliorant leur mode de vie et leur santé

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### 1. RESPONSABLE DU PROJET

Commune ou CPAS de : .....

Association de communes ou de CPAS :

Forme juridique et numéro BCE : .....

Communes ou CPAS concernés : .....

Adresse :

Rue et numéro : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

N° de compte en banque où la subvention pourra être versée :

BE

Nom du responsable du dossier au sein de la commune/du CPAS :

.....

Téléphone : .....

E-mail: .....

**2. PROJET/ACTION**

**2.1. Dénomination du projet :**.....

.....

.....

**2.2 S'agit-il d'un projet supracommunal commun à plusieurs demandeurs éligibles ? OUI – NON**

**Si oui, quels sont vos partenaires ?** .....

.....

**2.3. Présentation générale de l'action :**

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

**2.4. Modalités de mise en œuvre :**

Objectif général de l'action : .....

.....

.....

.....

.....

.....

Contexte et problèmes observés au niveau local (analyse de la situation, besoins observés, demande de la population, dynamiques locales existantes) : .....



.....  
.....  
.....  
.....

Processus de mise en œuvre :

- Description des objectifs (ensemble des dispositions et initiatives qui précisent l'objectif général) : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Description des stratégies permettant d'atteindre les objectifs cités ci-dessus : .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Description de l'activité ou des activités qui en découle(nt), du calendrier opérationnel et pérennité du projet, du plan de communication (effort de visibilité): .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

- Méthode d'évaluation: .....

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

**2.5. Si le demandeur introduit plusieurs dossiers, ordre de priorité :**

1<sup>ère</sup> priorité : .....  
2<sup>ème</sup> priorité : .....  
3<sup>ème</sup> priorité : .....

**3. ASPECTS FINANCIERS**

**3.1. Budget global envisagé/coût total du projet :**

.....  
.....

**3.2. Budget détaillé (coût et recette) :**

Frais liés à l'élaboration et à la mise en œuvre du projet : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

Frais de personnel éventuels (maximum 1/3 du montant total de la subvention octroyée) : .....  
.....  
.....  
.....  
.....

**3.3. Subventions attendues :**

- du Brabant wallon : .....

.....

- d'autres pouvoirs subsidants : .....

.....

**3.4. Contributions propres et partenariat envisagé :**

- intervention financière du demandeur dans le projet (nature, montant et affectation) : .....

.....

- partenariat envisagé (nature, montant et affectation) : .....

.....

Date :

Nom et signature du (de la)  
Directeur(trice) général(e)

Nom et signature du (de la)  
Bourgmestre/Président(e) de CPAS

Ce formulaire, complété et signé par les personnes habilitées à représenter le demandeur, est à renvoyer **avant le 30 avril** à l'adresse suivante :

Brabant wallon  
Direction d'administration de la cohésion sociale et de la santé  
Service de la Santé  
Parc des Collines – Bâtiment Archimède  
Place du Brabant wallon, 1  
1300 WAVRE

**ou** par courriel à l'adresse suivante : [commune@brabantwallon.be](mailto:commune@brabantwallon.be)