



Le Brabant wallon

# Subventionnement des actions mises en place par les associations 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

Nom de l'association : .....

Numéro BCE : .....

Statut : .....

#### Coordonnées du siège social :

Rue et numéro : .....

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

Téléphone : .....

Fax : .....

E-mail : .....

Site Internet : .....

#### Adresse de correspondance (si différente du siège) :

Rue et numéro : .....

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

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

BE

#### Nom et fonction du représentant légal :

.....

Téléphone : .....

E-mail: .....

#### Nom et fonction du responsable du projet :

.....

Téléphone : .....

E-mail: .....



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

Conclusions d'une évaluation si l'action est en lien avec un projet précédemment mené : .....

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

Public bénéficiaire (population/groupes cibles/professionnels) : .....

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

Impact de l'action au niveau d'un quartier/d'une commune/d'une association de communes/de la province et nombre de personnes âgées touchées par le projet en Brabant wallon : .....

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

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: .....

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

**2.4. 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 représentant de l'association

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 : [sante@brabantwallon.be](mailto:sante@brabantwallon.be)