**Fiche d’instruction de la demande 2021 et bilan 2020**

**BOP 104 Action 15**

**Par le service de l’état départemental / régional**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du service de l’Etat départemental/régional : |  |
| Nom et coordonnées mail et téléphoniques du rapporteur |  |
| Date d'instruction du dossier : |  |

**DEMANDE 2021**

**Organisme demandeur :**

Titre du projet :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. Organisme demandeur | | |
| Nom de l’organisme | |  |
| Correspondant | |  |
| Téléphone | |  |
| Email | |  |
| Numéro SIRET | |  |
| 2. Recevabilité (oui/non et observations) | | |
| Eligibilité du type de projet (conformité aux orientations prioritaires) |  | |
| Garantie d’expertise, de fiabilité et de solidité financière du demandeur |  | |
| Eligibilité du public cible BPI |  | |
| 3. Documents fournis (oui/non et observations) | | |
| Cerfa renseigné et signé |  | |
| Description du projet |  | |
| Rapport d’activité |  | |
| Bilan financier |  | |
| Budget prévisionnel |  | |
| Statuts de l’association |  | |
| 4. Projet | | |
| Date de démarrage prévue |  | |
| Date de fin prévue |  | |
| Financement FAMI demandé ? |  | |
| Caractéristiques du public |  | |
| Nombre de personnes visées |  | |
| L’action inscrit-elle les personnes dans un parcours d’intégration ? |  | |
| Le projet s’inscrit-il dans un cadre partenarial ? |  | |
| Comment le public est-il détecté et informé de l’existence de cette action ? |  | |
| Quel périmètre géographique couvert ? |  | |
| 5. Synthèse du projet présenté (bénéficiaires, objectifs, etc.) | | |
|  | | |
| **6. Aspects financiers** | | |
| Montant total (hors contributions en nature) |  | |
| Dont financement BOP 104 |  | |
| Dont Autres financements (à détailler) |  | |
| Coût par bénéficiaire |  | |
| **BILAN 2020** | | |
| **7. Si le porteur de projet a mené une action au titre de l’appel à projets BOP 104 action 15 en 2020 : bilan des actions conduites (informations quantitatives et qualitatives)** | | |
| Type de bénéficiaires du projet (réfugiés, bénéficiaires de la protection subsidiaire) |  | |
| L’action s’inscrit-elle dans un parcours d’intégration ? |  | |
| Nombre de bénéficiaires |  | |
| Durée moyenne de prise en charge des bénéficiaires |  | |
| Nombre de sorties positives selon les indicateurs définis |  | |
| Partenariat développé pour mettre en place le projet |  | |
| Obstacles à la réalisation du projet. Difficultés rencontrées, points forts et points faibles du projet. |  | |
| **9. Avis du rapporteur** | | |
| Favorable  Défavorable  Réservé | Motivation : | |

**Observations particulières :**

|  |  |
| --- | --- |
| Finalisé le | Rapporteur : |
|  | Signature : |