**LETTRE D’INTENTION**

**Appel à initiatives**

**Démocratie en santé 2023**

|  |
| --- |
| **Titre du projet :** |
| **Nom du porteur :** |

**PARTIE A : Informations Générales**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom et prénom du référent**  (porteur du projet) |  |
| **Adresse de correspondance**  (Adresse / Ville / Code Postal) |  |
| **Adresse électronique** |  |
| **Téléphone** |  |
| **SIRET** |  |
| **IBAN (RIB à joindre)** |  |
| **Type de porteur** | Association de malades et d’usagers du système de santé agréées  à agrément national  à agrément régional  Association de patients pouvant prétendre à l’agrément régional et s’engageant dans une telle démarche  Collectivité territoriale des Hauts-de-France, activement impliquée dans un dispositif de santé  Etablissement de santé  Etablissement ou service médico-social  Structure de prévention ou d’offres de soins de proximité  Autre : |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de projet** | régional ou supra territorial (au moins deux territoires de démocratie sanitaire)  territorial |
| **Finalité du projet** |  |
| **Outil(s) permettant l’expression des attentes et besoins en santé utilisé(s) pour le projet** |  |
| **Critères de suivi et d’évaluation du projet** |  |

**PARTIE B : Budget**

|  |  |
| --- | --- |
| **Budget prévisionnel global du projet (€)** |  |
| **Dont montant de subvention demandé (€) dans le cadre de cet appel à initiatives** |  |
| **Type de dépenses que cette subvention couvrirait** |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Co-financements envisagés ou obtenus** | | |
| **Organismes ou institutions sollicités** | **Montant (€)** | **Statut de la demande**  **(acquise, en cours)** |
|  |  |  |
|  |  |  |

PARTIE C : Résumé du projet (1 page maximum)

|  |
| --- |
| *(Une page maximum structurée de la façon suivante : contexte, objectifs, méthodes, partenaires, prestataires, calendrier et perspectives, caractère innovant, accessibilité, niveau de participation de usagers, ….)* |