**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, ….)* |