



COMMISSION EUROPÉENNE  
DIRECTION GÉNÉRALE V  
EMPLOI, RELATIONS INDUSTRIELLES ET AFFAIRES SOCIALES  
Politique et action sociale  
Intégration des personnes handicapées

**FORMULAIRE DE DEMANDE DE SUBVENTION 1999 :  
“AIDE À DES ORGANISATIONS DE COORDINATION  
EUROPÉENNES REPRÉSENTATIVES ACTIVES DANS LE  
DOMAINE DE L'ÉGALITÉ DES CHANCES POUR LES  
PERSONNES HANDICAPÉES”**

Formulaire à remplir et à renvoyer, daté et signé, avant le 25 mars 1999 à l'adresse suivante:

COMMISSION EUROPÉENNE  
ARCHIVES - COURRIER DG V  
VP/1999/001  
RUE DE LA LOI 200 - J 37 0/26  
B-1049 BRUXELLES

Veillez lire attentivement l'“appel à propositions” et le “guide du formulaire de demande de subvention” avant de remplir le présent formulaire.

En remplissant le formulaire de demande, ne dépassez pas l'espace prévu. Ne joignez pas d'annexes autres que celles demandées dans l'“appel à propositions”. Les documents supplémentaires ne seront ni pris en considération ni retournés.

**1 Identification de l'organisation**

1.1 Nom officiel (y compris forme abrégée)

1.2 Adresse du siège social (y compris l'adresse postale complète)

Téléphone

Télécopieur

1.3 Nom et fonction de la personne en charge de la coordination générale du programme de travail\*

---

\* Joindre un c.v.

1.4 Nom(s), fonction(s) et signature(s) de la personne autorisée à signer le contrat de cofinancement avec la Commission européenne

1.5 Brève description de l'objectif de l'organisation (spécifier, s'il y a lieu, les groupes ou les secteurs cibles)

1.6 Statut juridique (indiquer le numéro et la date d'enregistrement)\*\* (veuillez joindre une copie certifiée des statuts enregistrés de votre organisation, ainsi qu'une preuve d'existence récente)

Date de l'enregistrement (indiquer tous les détails relatifs à l'enregistrement, par exemple la référence de publication dans votre journal officiel national ou autre)

---

\*\* Joindre une copie des statuts

1.7. Structure de l'organisation européenne

\*Quelles sont les organisations qui peuvent être membres?

\*Votre organisation possède-t-elle un secrétariat européen complet? Si non, cf. point 1.10.

Oui

Non

\*Nom et nombre de personnes employées au secrétariat européen et tâches (veuillez spécifier leurs qualifications, leurs connaissances linguistiques et si ces personnes travaillent à temps plein ou à temps partiel)

-travailleurs rémunérés

-travailleurs bénévoles

\*Personnel handicapé employé au secrétariat européen, le cas échéant (veuillez spécifier le nombre et leur fonction)

1.8. Liste des associations sans but lucratif à dimension nationale, membres de l'association européenne

Spécifiez l'importance de chaque organisation, en termes de structure et de membres affiliés, ainsi que le nombre de personnes handicapées actives dans l'organisation nationale.

Liste des associations sans but lucratif à dimension nationale (suite)

1.9 Composition du conseil d'administration de l'organisation européenne (spécifier, parmi les membres, lesquels sont des personnes handicapées ou des représentants de personnes handicapées)

1.10. Si votre organisation européenne ne possède pas de secrétariat européen, veuillez spécifier le personnel chargé de la coordination au niveau européen (mentionner le nombre, le nom, la fonction et les connaissances linguistiques).

Personnel handicapé (nombre et qualifications)

1.11 Expérience de travail dans le secteur concerné

1.12 Expérience antérieure en matière de coopération avec d'autres organisations européennes (s'il y a lieu)

1.13 Soutiens financiers antérieurs obtenus directement ou indirectement au cours des trois exercices précédents auprès d'une institution européenne ou organisme communautaire (s'il y a lieu)\*\*\*

Pour chaque subvention obtenue veuillez indiquer :

- le programme communautaire concerné :
- le titre du projet et le numéro de référence du contrat :
- l'année d'attribution par l'institution européenne :
- le montant de la subvention :

---

\*\*\* Le fait de ne pas mentionner toutes les sources de subventions obtenus au moment de la soumission de la présente demande, entraînera automatiquement l'annulation de votre demande (cfr l'article du modèle de contrat).

1.13 Soutiens financiers antérieurs (suite)

1.14 Votre organisation a-t-elle présenté ou a-t-elle l'intention de présenter une demande de soutien en 1999 auprès d'autres services de la Commission? (veuillez spécifier les DG, le programme ou l'initiative concernés et le bilan de vos contacts)?

## **2. Description et justification du programme**

### **2.1 Description des activités de votre organisation pour lesquelles vous demandez une subvention.**

Veillez joindre un programme détaillé et précis des activités prévues pour l'année budgétaire 1999 de l'organisation. Ce programme devrait reprendre toutes les activités telles que : participation à des actions de coordination entre associations membres, réunions annuelles, mesures d'information à l'attention des membres ( magazine etc), préparation de rapports, publication etc.

Pour chaque activité, veuillez détailler sur une feuille séparée (à joindre à ce formulaire) une description de l'action proprement dite, ses objectifs et le public cible, indiquez clairement comment est assurée la participation effective et substantielle des personnes handicapées dans la conception et la mise en oeuvre de l'activité, un calendrier à titre indicatif et les résultats escomptés.

Veillez également indiquer les tâches liées aux activités de l'organisation pour lesquelles le demandeur envisage de sous-traiter à un organisme/société/association tiers :

2.1. Description des activités (suite)

2.2 Donnez des détails illustrant les mécanismes de consultation et d'information entre les membres de l'organisation et indiquez comment cette coopération sera renforcée par l'exécution du programme (si les activités de coordination de votre organisation ont été cofinancées en 1998, donnez un bref résumé des résultats.)

2.3 Expliquez comment les personnes handicapées participent à l'exécution et au suivi du programme.

2.4 Expliquer comment les activités prévues contribueront à promouvoir le plus largement possible la politique actuelle de l'Union européenne pour les personnes handicapées (ce point ne devrait pas se limiter uniquement à des activités d'informations)

2.5 Dialogue et coopération de l'organisation et de ses membres avec les autorités publiques, les partenaires sociaux et les autres ONG.

### 3. Programme d'exécution

3.1 Date de début prévue (nous vous rappelons que votre programme de travail doit être limité à une période d'un an débutant le 1er avril 1999 au plus tôt et le 31 décembre 1999 au plus tard)

Date début du programme de travail\*\*\*\* :

Date fin du programme de travail\*\*\*\*\* :

3.2. Veillez fournir un calendrier détaillé pour l'exécution du programme de travail, comme suit:

| Mois | Action(s) | Coût prévisionnel (en EURO) |
|------|-----------|-----------------------------|
|------|-----------|-----------------------------|

---

\*\*\*\* Les dates de début et fin du programme de travail déterminent la période pendant laquelle les dépenses sont éligibles.

\*\*\*\*\* Toutes dépenses survenues après cette date ne seront pas éligibles, sauf si une autorisation expresse a été accordée par les services compétents.

Programme d'exécution (suite)

#### 4. Déclaration

Au nom de mon organisation, je déclare par la présente souscrire aux conditions de base de participation aux activités de coordination 1999. Je déclare que les informations données dans la présente demande sont exactes et que je ne retiens aucune information, totale ou partielle, à l'attention de la Commission. Je déclare également que mon organisation et moi-même, ainsi que nos partenaires, nous conformerons et soumettrons à ces conditions de base et que nous coopérerons sans restriction avec la Commission européenne pour la supervision de ces activités. Je sais que la Commission européenne n'est pas tenue de justifier la sélection d'activités qu'elle opère.

Au cas où ma candidature serait retenue, je m'engage par la présente à faire clairement mention de la participation financière de la Communauté en toute occasion, publique ou non, officielle ou non, et sur tout support d'information.

Nom de l'organisation candidate

Nom du représentant de l'organisation signant la demande

Fonction

Date

Lieu

Signature

**Avant de détailler votre budget, veuillez à prendre connaissance du guide de la demande de subvention 1999, en particulier les points relatifs aux dépenses pouvant ou non bénéficier d'une aide communautaire**

**SIGNALETIQUE FINANCIER  
FRANCE**

| <b>TITULAIRE DU COMPTE BANCAIRE</b> |                      |
|-------------------------------------|----------------------|
| NOM                                 | <input type="text"/> |
| ADRESSE                             | <input type="text"/> |
| LIEU                                | <input type="text"/> |
| CODE POSTAL                         | <input type="text"/> |
| CONTACT                             | <input type="text"/> |
| TELEPHONE                           | <input type="text"/> |
| TELEFAX                             | <input type="text"/> |
| NUMERO TVA                          | <input type="text"/> |

| <b>BANQUE</b>      |                      |
|--------------------|----------------------|
| NOM                | <input type="text"/> |
| ADRESSE            | <input type="text"/> |
| LIEU               | <input type="text"/> |
| CODE POSTAL        | <input type="text"/> |
| CODE ETABLISSEMENT | <input type="text"/> |
| GUICHET            | <input type="text"/> |
| COMPTE             | <input type="text"/> |
| RIB                | <input type="text"/> |
| DEVISE DU COMPTE   | <input type="text"/> |

| <b>BENEFICIAIRE</b>                                     |                      |
|---|----------------------|
| <b>(uniquement si différent du titulaire du compte)</b> |                      |
| NOM   | <input type="text"/> |
| ADRESSE   | <input type="text"/> |
| LIEU  | <input type="text"/> |
| CODE POSTAL   | <input type="text"/> |

REMARQUES: .....

.....

.....

.....

ANNEXE A

**Budget prévisionnel 1999 pour les activités de coordination à subventionner de l'organisation**

Récapitulatif du budget prévisionnel pour lequel une subvention est demandée, un détail précis des coûts et des méthodes de calculs effectuées à l'aide des tableaux suivants doit être annexé au présent récapitulatif. Le budget prévisionnel doit être exprimé en Euro et présenter un équilibre entre recettes et dépenses;

Le demandeur certifie que les dépenses mentionnées ici sont nécessaires pour la mise en oeuvre **des activités de l'organisation pour lesquelles une subvention est demandée** et qu'elles seront effectivement engagées et enregistrées dans les comptes officiels de l'organisation

|   | EURO |  | (EURO) |
|---|------|--|--------|
| <p><b><u>Coûts éligibles</u></b><br/> <u>Chapitre I: Coûts directs éligibles</u><br/>                     1) Estimation contributions en nature<br/><br/>                     2) Frais de personnel<br/><br/>                     3) Frais de déplacement et de séjour<br/><br/>                     4) Services divers (impression, publication, traduction, interprétation, sous-traitance)<br/><br/>                     5) Frais administratifs (frais de matériel, frais de location et autres frais associés)<br/><br/>                     6) Provision pour frais imprévus<br/><br/> <u>Chapter II: Coûts éligibles indirects</u> (tels que chauffage, électricité, frais fixes, téléphone etc)</p> |      | <p><b><u>Financing Plan</u></b><br/><br/>                     1) Estimation contributions en nature<br/><br/>                     2) Ressources directes tirées des activités de coordination de l'organisation<br/><br/>                     3) Apport propre de l'organisation<br/><br/>                     4) Contribution demandée à la Commission par la présente demande<br/><br/>                     5) Contribution(s) versée(s) par d'autres organisations (publique, privée etc) s'il y a lieu spécifiez svp</p> |        |
| <b>TOTAL</b>  |      | <b>TOTAL</b>   |        |

Nom de l'organisation

Nom de la personne représentant l'organisation autorisée à signer la demande

Date

Signature





## SOUS-TRAITANCE ET/OU TRANSFERT DE FONDS

Veillez indiquer

Le nom précis et l'adresse de tout sous-traitant

La nature précise des tâches qui seront confiées à cette personne/organisme

Le montant et le mode de calcul (estimation détaillée complète)

## PARTIE V : FRAIS ADMINISTRATIFS

### FRAIS D'EQUIPEMENT

#### FRAIS RELATIFS A L'ACHAT D'EQUIPEMENT DURABLE - DEPRECIATION

| TYPE D'EQUIPEMENT | PRIX UNITAIRE | QUANTITE | FRAIS ELIGIBLES (DEPRECIATION) | TOTAL |
|-------------------|---------------|----------|--------------------------------|-------|
|                   |               |          |                                |       |
|                   |               |          |                                |       |
|                   |               |          |                                |       |
|                   |               |          |                                |       |
| <b>TOTAL</b>      |               |          |                                |       |

#### LOCATION ET FRAIS ASSOCIES SI APPLICABLES (SI NON INCLURE DANS FRAIS INDIRECTS)

| NATURE DES FRAIS | QUANTITE | PRIX UNITAIRE | TOTAL |
|------------------|----------|---------------|-------|
|                  |          |               |       |
|                  |          |               |       |
|                  |          |               |       |
|                  |          |               |       |
| <b>TOTAL</b>     |          |               |       |

## **PARTIE VI : PROVISION POUR FRAIS IMPREVUS**

### **CHAPITRE II: DEPENSES ELIGIBLES INDIRECTES**

#### **PARTIE VII : COÛTS INDIRECTS**

Les coûts indirects sont des coûts/dépenses directement générés par l'exécution du programme de travail de coordination et indispensables à ce dernier et sont limités à un maximum de 7% du total des coûts directs (Chapitre I). Les frais généraux suivants peuvent être repris sous cet intitulé: frais de bureaux, photocopies, frais de téléphone, chauffage, électricité, etc.

#### **GRAND TOTAL (CHAPITRE I + CHAPITRE II)**

## SEMINAIRE/ CONFERENCE/GROUPE DE TRAVAIL

### DETAILS DE COÛTS ( UN FORMULAIRE PAR CONFERENCE)

Nb: Ce formulaire ne doit être complété que si le projet proposé comprend l'organisation d'un séminaire, conférence ou groupe de travail couvrant un budget supérieur 3000 EURO. Ce formulaire est censé être une ventilation supplémentaire des coûts relatifs au séminaire, conférence ou groupe de travail. Tous les frais mentionnés ici sous cette rubrique doivent donc déjà figurer dans le budget prévisionnel des dépenses.

Date:

Lieu:

Nombre de jours de la conference:

Nombre d'orateurs:

Nombre de salles louées :

Prix des salles de réunion :

#### Location d'équipement

| TYPE  | NOMBRE DE JOURS | COÛT TOTAL PAR TYPE D'EQUIPEMENT |
|-------|-----------------|----------------------------------|
|       |                 |                                  |
|       |                 |                                  |
|       |                 |                                  |
|       |                 |                                  |
|       |                 |                                  |
|       |                 |                                  |
| TOTAL |                 |                                  |

### Frais de déplacement, Participants et Orateurs

| NOMBRE DE PERSONNES | DE A | MOYEN DE TRANSPORT | PRIX MOYEN PAR VOYAGE |
|---------------------|------|--------------------|-----------------------|
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
|                     |      |                    |                       |
| TOTAL               |      |                    |                       |

### Frais d'hébergement et repas (participants et orateurs)

| NOMBRE DE PERSONNES | NOMBRE DE JOURS | COUT MOYEN PAR JOUR | COUT TOAL |
|---------------------|-----------------|---------------------|-----------|
|                     |                 |                     |           |
|                     |                 |                     |           |
|                     |                 |                     |           |
|                     |                 |                     |           |
| TOTAL               |                 |                     |           |

### Honoraires des orateurs

| NOMBRE D'ORATEURS | NOMBRE DE JOURS | DE | COUT MOYEN PAR JOUR | COUT TOTAL |
|-------------------|-----------------|----|---------------------|------------|
|                   |                 |    |                     |            |
|                   |                 |    |                     |            |
|                   |                 |    |                     |            |
|                   |                 |    |                     |            |
| TOTAL             |                 |    |                     |            |

### Honoraires des interprètes

| NOMBRE D'INTERPRETES | LANGUES DE – VERS | NOMBRE DE JOURS | DE | COUT PAR JOUR |
|----------------------|-------------------|-----------------|----|---------------|
|                      |                   |                 |    |               |
|                      |                   |                 |    |               |
|                      |                   |                 |    |               |
|                      |                   |                 |    |               |
| TOTAL                |                   |                 |    |               |

### Location des cabines d'interprétation

| NOMBRE DE CABINES | DE | NOMBRE DE JOURS | DE | COUT PAR JOUR | COUT TOTAL |
|-------------------|----|-----------------|----|---------------|------------|
|                   |    |                 |    |               |            |
|                   |    |                 |    |               |            |
|                   |    |                 |    |               |            |
| TOTAL             |    |                 |    |               |            |

**Frais de traduction**

| LANGUE<br>DE<br><br>VERS | NOMBRE<br>LIGNES | DE | COUT PAR LIGNE | TOTAL<br>LANGUE | PAR |
|--------------------------|------------------|----|----------------|-----------------|-----|
|                          |                  |    |                |                 |     |
|                          |                  |    |                |                 |     |
|                          |                  |    |                |                 |     |
|                          |                  |    |                |                 |     |
| TOTAL                    |                  |    |                |                 |     |