

Demande de soutien

Formule à remplir par le requérant

1. Nom et qualité du requérant

- commune
- association ou fondation
- autre institution

2. Descriptif succinct du projet

3. Coût du projet envisagé

- montant de l'investissement CHF
- coût annuel de fonctionnement CHF

Note: l'indication du coût annuel de fonctionnement n'est requise que si la sollicitation inclut une demande d'aide au lancement du projet dans une période initiale.

4. Montant du soutien demandé

- aide à l'investissement CHF
- aide au fonctionnement CHF

Note: l'indication du coût annuel de fonctionnement n'est requise que si la sollicitation inclut une demande d'aide au lancement du projet dans une période initiale.

5. Examen des principaux critères déterminants

5.1. Originalité du projet

Le projet constitue-t-il une démarche originale dans la région ou la commune considérée?

oui

non

Commentaire éventuel:

5.2. Nécessité ou opportunité du projet

Le projet répond-il à un besoin social ou sanitaire avéré dans la région, la commune ou l'institution considérée?

oui

non

Commentaire éventuel:

5.3. Absence d'obligation légale de réaliser le projet

Le projet se situe-t-il en dehors des charges et obligations qui incombent au requérant du fait des dispositions légales?

oui

non

Commentaire éventuel:

5.4. Caractère indispensable du soutien

Le soutien de ProjetSanté est-il indispensable à la réalisation du projet?

oui

non

6. Budget d'investissement et de fonctionnement

Les budgets sont-ils joints en annexe à la présente formule?

oui

non

Commentaire éventuel:

7. Plan de financement

Le plan de financement détaillé est-il joint en annexe à la présente formule?

oui

non

Commentaire éventuel:

8. Personne de contact

Nom et coordonnées de la personne habilitée à fournir des informations complémentaires éventuelles aux représentants de ProjetSanté.

9. Informations complémentaires sur le projet

Le requérant peut, s'il le juge utile, joindre en annexe à cette formule une présentation détaillée du projet. L'établissement d'un tel document ne constitue ni une exigence, ni une garantie de réponse favorable.

Annexes:

Lieu:

Date:

Signature:

A retourner à ProjetSanté, rue de la Bonne-Eau 18, 3960 Sierre