



# DEMANDE DE FINANCEMENT – PROJET

- **Le but de l'association LUDOPITAL** : améliorer le séjour des enfants hospitalisés en leur offrant des jouets ou en aménageant les salles d'attente, salles de soins et les services des centres hospitaliers de la Métropole Lilloise et alentours.

- Ludopital ne finance ni la recherche médicale, ni le matériel médical, ni la rémunération des personnels permanents ou vacataires, ni les formations.

- Ludopital ne prend pas en charge la rénovation des locaux (rénovation des murs, la rémunération d'artisans, etc..)

- L'argent récolté au sein de notre association est utilisé uniquement pour des projets qui s'articulent autour des thèmes suivants :

\*Le développement d'activités : achat de matériel informatique, audiovisuel, équipement de salles de jeux, aménagement de jardins et d'aires de jeux, etc.....

\*Amélioration de l'accueil et du confort : aménagement et décoration de salles d'attente, acquisition de mobilier enfant, mise en place de signalétiques adaptées aux enfants.

## \*Modalités

- Tout dossier **incomplet** ne sera pas présenté aux membres du Conseil d'Administration (Demande de projet + annexe projet + tableau comparatif et devis + photo de la pièce en l'état (uniquement dans le cas d'un aménagement de salle) + indication du coût des frais de livraison et les tarifs en TTC.)

- Le budget du projet une fois voté ne pourra en aucun cas entraîner **des dépenses supplémentaires**.

- Chaque projet est étudié au cas par cas.

- La sélection du projet sera faite selon les critères suivants par les membres du Conseil d'Administration :

\*Conformité du projet avec le but de l'association,

\*Elaboration du projet avec l'équipe médicale (personnel médical, soignant et socio-éducatif),

\*Intégration du projet dans le projet du service et/ou de l'établissement,

\*Présentation d'au moins **2 devis justifiant le coût du projet (cf le tableau qui vous a été transmis)**

- Un responsable de l'association vous informera directement si votre projet a été retenu ou non.

- Les achats sont sous la responsabilité de l'association. Ils seront livrés dans votre service ou mis à disposition dans les locaux de Ludopital.

## **\*Votre dossier a été retenu**

- Les informations permettant d'évaluer le projet selon ces critères doivent apparaître clairement dans la présentation du dossier.

- Si votre projet a été retenu, il sera réalisé sur une année.

- Dans le cas où une intervention de **vos services techniques** est nécessaire, merci de nous transmettre un accord de votre direction.

- Lorsque le projet est terminé, nous vous demandons **un bilan (courrier ou mail)** :

=>**Témoignages du personnel soignant**, (Qu'est ce que cela a changé ?)

=>**Témoignages des enfants et familles**,

=>**Photos avant projet et après projet** (format JPEG) seront floutées par nos soins pour éviter les demandes d'autorisations parentales.

=>**Diffusion du projet sur tous vos supports** ou moyens de communication (newsletter, magazine internet/externe, site internet, intranet) – à nous transmettre.

***Tant que votre dossier n'aura pas été clôturé avec ces éléments nous ne pourrons pas en présenter un nouveau au Conseil d'Administration.***

---

# PROJET À PRÉSENTER

---

**Etablissement :**

**Adresse :**

**Téléphone :**

---

**Directeur de l'établissement :**

---

**Service et spécialité :**

Médecin chef de service :

Téléphone :

E-mail :

Cadre du service :

Téléphone :

E-mail :

---

**Responsable du projet auprès de la direction et de l'équipe soignante :**

Nom :

Fonction :

Téléphone :

E-mail :

\*Thème du projet :

\*Synthèse du projet :

\*Quel est le nombre de bénéficiaires concernés par le projet ?

\*Nombre d'enfants dans le service par an :

\*Montant de la subvention demandée à l'association : **Euros**  
(2 devis sont à joindre avec le dossier + tableau comparatif (à télécharger))

\*Financement du projet

- Coût global du projet : **Euros**

1<sup>er</sup> devis : euros => Choix du personnel :  OUI  NON

2<sup>ème</sup> devis : euros => Choix du personnel :  OUI  NON

- Participation financière de l'établissement : **Euros**

<b>Autres cofinancements</b>	<b>Montants</b>

Date et signature :  
Cachet du médecin chef de service

Date et signature :  
cachet du directeur d'établissement