

CAISSE D'ASSURANCE  
VIEILLESSE INVALIDITE  
ET MALADIE  
DES CULTES



cavimac

Questionnaire relatif  
à une demande de subvention  
pour l'hébergement des personnes âgées

*Action Sanitaire et Sociale*

► **Pour nous contacter :**

**Vous désirez des informations complémentaires,  
vous souhaitez nous rencontrer,**

- **appelez-nous au 01 41 58 45 45**
- **connectez-vous sur le site [www.cavimac.fr](http://www.cavimac.fr)**



- N.B.**
- Ce questionnaire a pour but d'obtenir un minimum d'informations sur la collectivité présentant la demande. Il ne se substitue pas à tout autre document plus précis apportant des informations complémentaires sous forme de notes annexes.
  - Lorsqu'il s'agit d'une demande d'équipement, remplir également le questionnaire en joignant impérativement les devis.

### **DEMANDEUR PILOTANT LE PROJET**

Diocèse )  
Congrégation ) :  
ou Communauté )

N° collectivité :

Adresse :

Téléphone :

Nom du responsable à contacter à propos de cette demande :

Courriel :

FAX :

**I. INFORMATIONS GENERALES SUR LA COLLECTIVITE RELIGIEUSE**

**. STRUCTURES JURIDIQUES**

- Association loi 1901  oui  non
- Congrégation autorisée ou reconnue  oui  non
- Congrégation non reconnue  oui  non

Dans ce dernier cas, précisez le type de structure : \_\_\_\_\_

**. SITUATION DEMOGRAPHIQUE**

- Effectif total - non pensionné(e)s : CAVIMAC |\_|\_|\_|\_| Autres régimes |\_|\_|\_|\_|
- pensionné(e)s : CAVIMAC |\_|\_|\_|\_| Autres régimes |\_|\_|\_|\_|
- Estimation du nombre de personnes dépendantes (GIR 1 à 4 ou bénéficiant de l'APA) : CAVIMAC |\_|\_|\_|\_| Autres régimes |\_|\_|\_|\_|
- Répartition selon l'âge à la date de la demande :
- |             | CAVIMAC | Autres régimes |
|-------------|---------|----------------|
| - 60 ans    | _ _ _   | _ _ _          |
| 60 à 69 ans | _ _ _   | _ _ _          |
| 70 à 79 ans | _ _ _   | _ _ _          |
| 80 à 89 ans | _ _ _   | _ _ _          |
| + de 90 ans | _ _ _   | _ _ _          |

**. SITUATION FINANCIERE**

- Avez-vous effectué une déclaration de ressources :  oui  non
- . à la CAVIMAC (branche maladie) pour l'obtention d'une réduction des cotisations :  oui  non
- Cotisez-vous au régime particulier :  oui  non
- Eventuellement, commentaires sur la situation financière : \_\_\_\_\_

**SITUATION AU REGARD DE L'AGREMENT MSM ET/OU HABILITATION CAVIMAC POUR LE FSI**  
**\*pour les autres cultes, il s'agira que d'une habilitation CAVIMAC**

- Bénéficiez-vous du FSI :  oui  non
- Nombre de chambres: |\_|\_|\_|\_|
- Caractère ouvert :  oui  non
- Nombre de chambres .FRC |\_|\_|\_|\_|
- .FSM |\_|\_|\_|\_|

**NOMBRE D'ADMISSION DANS L'ANNEE PRECEDENTE**

	Nombre de personnes	Nombre total de journées
FRC	_ _ _	_ _ _
FSM	_ _ _	_ _ _

## II. INFORMATIONS SUR LE PROJET

### ENVIRONNEMENT DU PROJET

- Situation géographique du projet.

Faire un descriptif rapide : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Le projet a-t-il fait l'objet d'une étude :

■ avec d'autres collectivités  oui  non

■ avec les instances nationales du culte:  
Episcopat, CSMF.....  oui  non

. Si OUI précisez ces instances ou collectivités : \_\_\_\_\_

- Des autorisations EHPAD, PUV, Maisons de  
Retraites ont-elles été sollicitées auprès des  
structures administratives départementales,  
régionales ..... (joindre les arrêtés)

oui  non

. Si OUI, précisez lesquelles : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'agit-il d'une mise à niveau de la structure FSI :

oui  non

. Si OUI, précisez le motif et l'objectif

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

S'il ne s'agit pas ni d'une structure autorisée, ni d'une  
structure FSI, précisez l'objectif et le motif du projet :

*Commentaires*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Le projet envisage-t-il un hébergement :

. de membres d'autres collectivités  oui  non

. de laïcs  oui  non

. Si OUI, précisez le motif et l'effectif  
prévu :

\_\_\_\_\_

Commentaires sur le choix effectué :

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



# QUESTIONNAIRE RELATIF A UNE DEMANDE DE SUBVENTION POUR L'HEBERGEMENT DES PERSONNES AGEES Action Sanitaire et Sociale

## AUTRES TRAVAUX

(ascenseur, mise aux normes \*, aménagements divers :  
salle de bains collectives, installations de mains  
courantes, monte escalier....)

Description exacte des aménagements

---

---

---

## NORMES DE SECURITE

- Rappeler les normes principales prises en compte  
des travaux (installations électriques, sécurité  
incendie, ....) :

- Date et notification de la décision

|| | || | || | || |

## DELAI DE REALISATION

- Date de début des travaux :

|| | || | || | || |

- Date de fin des travaux :

|| | || | || | || |

(joindre éventuellement le planning prévisionnel)

## III. INFORMATIONS FINANCIERES SUR LE PROJET

### . DEVIS ESTIMATIF DES TRAVAUX

(Joindre obligatoirement le ou les devis détaillés ou  
la note d'honoraires)

- Montant H.T. : | \_\_\_\_\_ | €

- Montant T.T.C. : | \_\_\_\_\_ | €

- Date du devis : | \_\_\_\_\_ | €

### . FINANCEMENT DES TRAVAUX

- Répartition du financement :

Fonds propres | \_\_\_\_\_ | €

Subventions | \_\_\_\_\_ | €

Emprunts | \_\_\_\_\_ | €

- Précisez les organismes sollicités et les divers  
montants demandés :

---

---

---

Joindre un RIB