



# APPEL A PROJETS 2023

## PLEMaRa

### DOSSIER DE CANDIDATURE

La PLateforme d'Expertise Maladies Rares des Haut-de-France (PLEMaRa), basée au CHU de Lille, publie son premier appel à projets (AAP) à destination des Centres de Compétence de la Région des Hauts-de-France.

Cet AAP est rendu possible grâce à un don du cabinet FRANCONSEIL et de la recette issue du concert organisé par l'Orchestre Symphonique Européen lors de la Journée Internationale Maladies Rares (JIMR) 2022.

La version électronique ou PDF de ce dossier dûment complétée doit être adressée par mail à Madame **Eva PIREs**, en charge des affaires générales de la transversalité maladies rares du CHU de Lille : [plemara@chu-lille.fr](mailto:plemara@chu-lille.fr), au plus tard le **12 janvier 2024** à minuit. Un email de confirmation vous sera adressé après réception du dossier.

Le résultat de cet appel à projets sera communiqué le **29 février 2024**.

**Ce premier AAP a pour objet de soutenir l'amélioration de l'accueil, le développement d'outils d'information et/ou d'éducation à destination des patients et de leurs proches.**

PLEMaRa a en effet parmi ses missions :

- L'accompagnement et l'orientation des patients
- L'amélioration de la visibilité des centres labellisés maladies rares

**Pour cette première édition, l'enveloppe financière globale est de 12000 euros et pourra financer jusqu'à 8 projets.**

**Le financement pourra atteindre un montant maximum de 3 000 euros par projet. La décision finale sur l'acceptation d'un projet et le niveau de son financement sera laissée à l'appréciation du jury.**

**Ce dossier comprend 3 parties :**

1. Partie administrative
2. Partie descriptive
3. Partie financière

# 1. DOSSIER ADMINISTRATIF

## ➤ IDENTIFICATION DU PROJET

Titre du projet	
Objectif principal du projet	
Durée du projet en mois (12 mois maximum)	
Coût total du projet TTC	
Budget demandé à PLEMaRa (dans la limite maximale de 3 000 €)	

## ➤ PORTEUR DU PROJET

NOM Prénom	
Fonction	
Email	
Centre de Compétence	
Filière	
Etablissement	
Adresse de correspondance	
Téléphone	

## ➤ Partenaires (si projet collaboratif)

Liste des partenaires			
N°	NOM Prénom (du référent au titre du projet)	Email	<ul style="list-style-type: none"><li>• Service</li><li>• Centre maladies rares</li><li>• Etablissement</li><li>• Associations de patients</li></ul>



## 2. DOSSIER DESCRIPTIF DU PROJET

### ➤ DESCRIPTION DU PROJET

#### Contexte et objectifs (maximum 1 page)

#### Résultats attendus et perspectives

Texte libre:

Attendus pour les patients:

Possibilité de médiatisation via les réseaux sociaux ou presse :  Oui  Non

### 3. DOSSIER FINANCIER

#### ➤ Budget de fonctionnement

Type de dépenses <b>prestation</b> (achat petit matériel, impressions...)	Coût unitaire	Quantités	Coût total TTC
<b>Total € TTC demandé :</b>	€		

Si des devis sont déjà disponibles, merci de les joindre au dossier de candidature.

#### ➤ Co-financement du projet

Nom du co-financeur	Montant souhaité	Montant obtenu
<b>Total € TTC alloué :</b>	€	

Visa de la Direction de l'établissement ou référente :

Nom et prénom du signataire :

Date de signature :

Signature et cachet :