|  |
| --- |
| Formulaire de demande de subvention 2020  -  Equipement |

|  |
| --- |
| Les équipements seront financés par la Région Île-de-France **avec un taux d’intervention maximum de 66% des dépenses HT**. Un co-financement de 34% devra donc être justifié dans la demande de financement.  Le montant de la subvention allouée est un montant maximum qui sera ajusté lors du versement du solde si le montant des dépenses réelles (sur présentation des factures) est inférieur au budget prévisionnel.  Le présent formulaire devra être complété et envoyé par mail à l’adresse [dimTG@institutimagine.org](mailto:dimTG@institutimagine.org) avant la date limite de dépôt, le **Vendredi 24 Avril 2020 à 17H00.** **Merci de regrouper tous les documents en un seul PDF.** |

**Critères d’éligibilité spécifiques à une demande en Investissement :**

* Le projet doit proposer une approche par thérapie génique portant sur l’un des 9 axes thématiques du DIM Thérapie Génique (voir ci-dessous les axes thématiques) ;
* L’équipe bénéficiaire de la subvention régionale doit être située en Île-de-France ;
* Pour les demandes de subventions **≥ 200 000 euros,** l’équipement doit obligatoirement être mutualisé avec d’autres équipes d’Ile-de-France et s’inscrire ainsi dans une logique de transversalité au sein de la région Ile-de-France ;
* Les équipements doivent être accessibles à l’ensemble des équipes de recherche du DIM ;
* Joindre obligatoirement au dossier une **lettre de co-financement signée par le représentant légal de l’organisme acquéreur** (modèle en annexe 1 - *autant de lettre que d’organismes acquéreurs*). Aucune lettre de co-financement signée par le directeur du laboratoire ne sera acceptée ;
* Joindre les devis à la demande de subvention dans un seul et même PDF ;
* **L’acquisition doit intervenir dans les 18 mois suivant la décision de financement (soit au plus tard le 31/12/2021)[[1]](#footnote-1) ;**
* Le dossier doit contenir une proposition de stage et un engagement de recrutement d’un stagiaire, durant la validité de la subvention régionale (modèle annexe 2). Veuillez noter que la lettre d’engagement doit être signée par le représentant légal de l’organisme d’accueil du stagiaire et non par le directeur du laboratoire d’accueil ;
* Le projet soumis ne doit pas avoir fait l’objet d’une demande/d’un soutien dans le cadre d’un autre DIM ou du dispositif SESAME, du programme du Genopole ou d’un projet collaboratif d’un pôle de compétitivité.

**LISTE DES PIECES DEVANT FIGURER IMPERATIVEMENT DANS CHAQUE DOSSIER**

* Le formulaire de demande de subvention 2020 ;
* Les devis des équipements ;
* La lettre de co-financement signée par **le représentant légal de l’organisme acquéreur** *(autant de lettre que d’organismes acquéreurs)*;
* Une proposition de stage ;
* La lettre d’engagement d’un stagiaire signée par **le représentant légal de la structure d’accueil.**

**Coûts Eligibles :**

Les frais d’installation, de livraison ou de maintenance peuvent être inclus dans la demande et doivent apparaître clairement dans le devis. Les ordinateurs et logiciels associés aux équipements sont également éligibles.

Aucun frais de gestion ne pourra être prélevé sur le montant de la subvention allouée par les établissements gestionnaires et/ou bénéficiaires et/ou co-financeurs de cette subvention.

**Modalités de reversement de la subvention :**

Merci de noter que chaque bénéficiaire de la subvention s’engage à **supporter une avance de trésorerie** :

* 80% de la subvention sera versée au bénéficiaire sur présentation des justificatifs de paiement ;
* Les 20 % restant seront versés au bénéficiaire après la présentation du solde à la Région. Le solde est présenté à la Région une fois que tous les bénéficiaires de la subvention auront justifiés leurs dépenses.

1. **Le projet**
2. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Axe thématique du DIM Thérapie Génique – plusieurs choix possibles** | |
|  | Audition |
|  | Drépanocytose |
|  | Maladies métaboliques et mitochondriales |
|  | Maladies neuromusculaires et neurodégénératives |
|  | Peau |
|  | Rein |
|  | Tolérance et Immunité |
|  | VIH |
|  | Vision |
|  | Autre : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Titre du projet** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Acronyme** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mots clés associés au projet** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Identification du porteur et des bénéficiaires potentiels de(s) équipement(s)** (ajouter autant de lignes que nécessaire) | | | | | | | | |
|  | **Nom du laboratoire** | **Tutelles** | **Adresse Postale** | **Prénom** | **Nom** | **Titre** | **E-mail** | **Téléphone** |
| **Porteur** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bénéficiaire 1** |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bénéficiaire 2** |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Organisme gestionnaire de la subvention** (hors salaires, gérés par l’Institut *Imagine*).Merci de renseigner les champs suivants de manière précise afin d’adresser au plus vite les conventions de reversement | | |
| **Nom de l’organisme gestionnaire :** | | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées du représentant légal de l’organisme gestionnaire** | **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées du/des gestionnaire(s) ou comptable(s) qui va/vont gérer le contrat** | **Gestionnaire 1** | |
| **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Gestionnaire 2** (si plusieurs gestionnaires) | |
| **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Coordonnées du/des responsable(s) du service juridique qui va/vont gérer le contrat** | **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Nom et Prénom :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Mail :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Tel :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Fonction :** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Description du projet**

|  |
| --- |
| **Résumé GRAND PUBLIC du projet SCIENTIFIQUE qui sera publié sur le site internet du DIM Thérapie Génique**  (**10 lignes maximum** en précisant notamment le besoin médical et l’impact du projet. Ne pas diffuser d’information confidentielle) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Description du projet d’investissement (max 2 pages)**   1. Justifiez notamment le besoin et le type de questions qui pourront être traitées grâce à cet(s) équipement(s) et les résultats attendus ; 2. Précisez les aspects structurants, fédérateurs et innovants, notamment pour la communauté de recherche francilienne ; 3. Décrivez le projet par rapport à l’existant (national, européen et international) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Plan de travail (max 2 pages)**  Présentez le plan de travail du projet par lots de travail (Work Packages), tâches et jalons (milestones).  Pour chaque WP et chaque tâche, prévoyez une date de début et une date de fin. Pour chaque jalon, une date prévisionnelle de réalisation doit être précisée. (Pour chaque jalon réalisé, il faudra envoyer un mail à [dimTG@institutimagine.org](mailto:dimTG@institutimagine.org) pour tenir informé l’équipe Coordination de l’avancement du projet). |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Avancement du plan de travail**  Veuillez compléter le tableau suivant en présentant les WP, les tâches associées et les dates prévisionnelles de réalisation (le tableau peut être modifié à votre convenance en fonction du nombre de WP, de tâches et de milestones). | | | | | | | |
| Work Package | Tâches | Mois  0-6 | Mois  7-12 | Mois  13-18 | Mois  19-24 | Mois  24-30 | Mois  30-36 |
| WP 1 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| WP 2 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| WP 3 : Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Impact (max ½ page)**  Précisez quels sont les impacts (médicaux, sociétaux et économiques).  Décrivez les livrables et la stratégie de valorisation associée. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

1. **Informations relatives à la demande de subvention**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de l’équipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Localisation de l’équipement** | **Nom de l’organisme** **acquéreur** | **Nom et Prénom du/des gestionnaire(s) de l’organisme acquéreur** | **Intitulé du poste du/des gestionnaire(s) de l’organisme acquéreur** | **Email du/des gestionnaire(s)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Equipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Cout HT (€)** | **Montant du co-financement**  **HT (€)** (correspond à 34 % minimum du montant de l’équipement) | **Montant demandé au DIM (€)** (maximum 66 % du montant de l’équipement) | **Date prévisionnelle d’acquisition des équipement(s)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

1. **Accueil d’un stagiaire**

Conformément aux attentes de la Région Île-de-France, 5 stagiaires pour une durée minimale de 2 mois devront être recrutés dans le cadre de la tranche de financement 2020 du DIM Thérapie Génique. Ces stagiaires seront recrutés par les équipes bénéficiaires de la subvention régionale. L’accueil des stagiaires doit obligatoirement intervenir avant le **31 décembre 2021**. La convention de stage sera établie par l’établissement d’accueil et non par l’Institut *Imagine*.

Une gratification sera versée au stagiaire par sa structure d’accueil et selon les règles en vigueur. Une compensation partielle par l’Institut *Imagine* pourra être versée à la structure d’accueil si le sujet du stage s’inscrit dans le cadre du projet subventionné, et dans la limite des crédits disponibles. En effet, les crédits disponibles étant limités, merci d’indiquer le degré de besoin en stagiaire pour la réalisation et l’avancement de votre projet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Besoin en stagiaire** | |
|  | Importance haute (l’accueil d’un stagiaire est nécessaire à l’avancement du projet) |
|  | Importance moyenne |
|  | Importance faible (l’accueil d’un stagiaire n’est pas nécessaire à l’avancement du projet) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Structure d’accueil du stagiaire** | *La structure d’accueil doit obligatoirement être l’un des organismes bénéficiaires, gestionnaire de la subvention* |
| **Descriptif de la mission** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Descriptif du profil recherché** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Durée souhaitée du stage** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Niveau de qualification requis** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date prévisionnelle de démarrage** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

**Il sera nécessaire avant l’accueil du stagiaire, d’envoyer une offre de stage complète à la coordination du DIM pour publication sur la** [**Plateforme d’Aide Régionale**](https://cas.iledefrance.fr/cas-serveur/login?service=http%3A%2F%2Fpar.iledefrance.fr%2Firis%2Fj_spring_cas_security_check) **de la Région Île-de-France. Une fois signée, la convention de stage devra être envoyée à la coordination du DIM. L’envoi de la convention de stage signée conditionne le versement du solde de la subvention.**

**Annexe 1 : Lettre d’engagement de co-financement**

*[Date]*

***Objet :*** ***Lettre d'engagement de co-financement d’un équipement acquis dans le cadre du DIM Thérapie Génique.***

[*Ceci est un modèle de lettre d’engagement. La lettre doit être imprimée sur papier à en-tête de l'organisme co-financeur et signée par son représentant légal*]

Je soussigné, [*nom du représentant légal de l’ORGANISME CO-FINANCEUR* [*fonction*], atteste par la présente que *[nom de l’organisme co-financeur*] contribuera à l’acquisition d’équipement(s) dans le cadre du DIM Thérapie Génique, à hauteur de 34% minimum du montant total d’acquisition. Le montant total d’acquisition est estimé à [*prix HT*] € HT, sous réserve d’actualisation des devis au jour lors de l’acquisition des équipements.

Je reconnais que la contribution du DIM Thérapie Génique à l’acquisition des équipements s’élèvera à [*montant du soutien DIM*] € maximum HT et que le DIM ne prendra pas en charge le règlement de la TVA.

Je reconnais avoir pris connaissance des modalités de reversement de la subvention et engage *[nom de l’organisme co-financeur*] à supporter une avance de trésorerie.

L’acquisition des équipements aura lieu avant le 31/12/2021.

L’équipe de recherche concernée par ce financement est l’équipe *[nom de l’équipe de recherche, adresse*], sous la direction de [*nom du directeur de l’équipe de recherche*] pour la réalisation du projet [*nom du projet*].

Signature du représentant légal

**Annexe 2 : Lettre d’engagement de recrutement d’un stagiaire**

*[Date]*

***Objet :*** ***Lettre d'engagement de recrutement d’un stagiaire***

[*Ceci est un modèle de lettre d’engagement. La lettre doit être imprimée sur papier à en-tête de l'organisme bénéficiaire et signée par son représentant légal*]

Je soussigné, [*nom du représentant légal de l’organisme d’accueil du stagiaire*], [*fonction*], atteste par la présente que *[nom de l’organisme d’accueil*] recrutera et accueillera 1 stagiaire pour une durée de 2 mois minimum, si le projet *[nom du projet]* est retenu pour financement dans le cadre d’une subvention DIM Thérapie Génique.

L’offre de stage sera transmise ultérieurement à l’équipe coordination du DIM avant l’accueil du stagiaire. La convention de stage signée (une fois l’offre pourvue) sera transmise à l’Institut *Imagine*.

Le recrutement devra avoir lieu avant le 31 décembre 2021.

Je reconnais que cette obligation découle des conventions de financement relatives au programme annuel du DIM Thérapie Génique.

Signature du représentant légal

**Annexe 3 : Procédure d’attribution des subventions du DIM Thérapie Génique**

Après avoir déposé votre dossier de demande de subvention, la procédure d’attribution des subventions est la même pour les deux types de subvention, que ce soit en investissement ou en fonctionnement.

* **Mai** **Réunion du Conseil Scientifique du DIM Thérapie Génique**

Le Conseil Scientifique émet son avis sur les projets présentés au cours de l’appel à projet. Il est composé de tous les responsables des sous-comités thématiques (ou porteurs d’axes) et de la coordinatrice scientifique du DIM le Pr Marina Cavazzana. Participe également à ce comité, la Région Île-de-France, en tant que financeur, et l’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM.

* **Juin**  **Réunion du Comité de Pilotage du DIM Thérapie Génique**

Le Comité de Pilotage est l’instance décisionnelle et entérine les propositions de financement émises par le Conseil Scientifique. Il est composé d’un représentant de l’Inserm, de l’Université de Paris et de l’AP-HP. Siège également, le pôle de compétitivité MEDICEN, la Région Île-de-France en tant que financeur, et l’Institut *Imagine* en tant qu’organisme gestionnaire du DIM.

* **Juillet**  **Notification de décision attributive**

Une notification officielle de décision attributive d’aide à votre projet vous sera envoyée par mail. Le représentant légal de la structure bénéficiaire, vos référents administratifs et le(s) référent(s) du service juridique en seront également informés. Vous pouvez engager des dépenses relatives à votre projet dès réception de la notification. De même, le recrutement des salariés peut être effectif dès réception de la notification (pour déclencher le processus de recrutement, veuillez envoyer CV + fiche de poste au chef de projet DIM, Aurélie Laubier [aurelie.laubier@institutimagine.org](mailto:aurelie.laubier@institutimagine.org)).

* **Septembre** **Appel de fonds auprès de la Région**

L’Institut *Imagine*, en tant qu’organisme gestionnaire du DIM Thérapie Génique, déclenche les appels de fonds dès le mois de Septembre auprès de la Région Ile-de-France. Après réception de la subvention régionale, l’Institut *Imagine* reverse la subvention aux différents organismes bénéficiaires par l’intermédiaire d’une convention de reversement.

* **Janvier** **Etablissement de la convention de reversement**

La convention de reversement est établie entre l’Institut *Imagine* et la structure bénéficiaire de la subvention portant le projet soutenu. La convention de reversement permet de mettre en place les modalités de reversement de la subvention, avec notamment un calendrier des versements et les obligations de chacune des parties prenantes. Pour les acomptes, le reversement de la subvention est conditionné à la soumission, par le bénéficiaire, d’un état récapitulatif des dépenses réalisées.

**Rappel**: les offres de stages doivent être publiés à minima sur la [Plateforme d’Aide Régionale](https://cas.iledefrance.fr/cas-serveur/login?service=http%3A%2F%2Fpar.iledefrance.fr%2Firis%2Fj_spring_cas_security_check). Merci d’envoyer vos offres de stage à Aurélie Laubier [aurelie.laubier@institutimagine.org](mailto:aurelie.laubier@institutimagine.org).

1. L’objectif de cette mesure est de diminuer les écarts dans le calendrier d’achat des partenaires. La convention de financement est une « convention solidaire » : les bénéficiaires ne peuvent présenter le solde à la Région, qu’une fois que tous les bénéficiaires de la convention ont acquis leurs équipements. Avant le versement du solde, chaque bénéficiaire supporte une avance de trésorerie égale à 20% du montant de la subvention qui lui a été allouée. [↑](#footnote-ref-1)