|  |
| --- |
| Formulaire de demande de subvention  Equipement 2021 |

**Le formulaire de demande de subvention doit être envoyé par mail à l’adresse** [**dimTG@institutimagine.org**](mailto:dimTG@institutimagine.org) **avant la date limite de dépôt des dossiers fixée au 3 Novembre 2021 à 9h30.**

**Merci de regrouper tous les documents en un seul PDF.**

**Pour toute question, merci de contacter Aurélie Laubier :** [**aurelie.laubier@institutimagine.org**](mailto:aurelie.laubier@institutimagine.org)

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

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

|  |
| --- |
| 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. |

1. **Critères d’éligibilité**

* 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 (sans nécessairement faire partie des équipes fondatrices du DIM) ;
* Pour les demandes de subventions **≥ 200 000 euros,** l’équipement doit obligatoirement être mutualisé, c’est-à-dire ouvert au moins aux équipes du DIM, et s’inscrire ainsi dans une logique de transversalité au sein de la région Ile-de-France ;
* Les équipements co-financés par la Région Ile-de-France doivent être accessibles à l’ensemble des équipes 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 jours au dossier de demande de financement ;
* **L’acquisition doit intervenir dans les 18 mois suivant la décision de financement (soit au plus tard le 31/12/2022)[[1]](#footnote-1) ;**
* 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.

1. **Caractéristiques du financement**

* Les équipes bénéficiant du soutien du DIM feront *de facto* partie du réseau DIM. Ainsi, la Région Ile-de-France encourage ses adhérents à déposer leurs publications sur des plateformes en libre accès (HAL, etc…) ;
* En fonction des moyens disponibles, de la faisabilité scientifique et avec l’accord du porteur, le DIM Thérapie Génique se réserve le droit de ne financer qu’une partie du projet présenté.
* Une fois la subvention attribuée, veuillez noter que le budget alloué est un montant maximum qui sera ajusté lors du paiement du solde si le montant des dépenses réelles est inférieur au budget prévisionnel.
* 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. **Coûts Eligibles**

Les équipements > 500 € HT sont éligibles. Les frais d'expédition, d'installation et de formation ainsi que la maintenance peuvent être éligibles si ces informations apparaissent clairement sur le devis initial. Les ordinateurs et les logiciels sont également éligibles s'ils sont associés au(x) équipement(s).

Pour rappel, le taux d'intervention est de 66% sur toutes les dépenses éligibles, hors taxes. Un co-financement de 34% minimum doit donc être justifié dans la demande de financement.

A noter, aucun frais de gestion ne pourra être prélevé sur le montant alloué pour l’acquisition des équipements par les établissements gestionnaires et/ou bénéficiaires et/ou co-financeurs de cette subvention.

1. **Etablissement bénéficiaire**

|  |  |
| --- | --- |
| **Porteur du projet** | |
| **Nom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Prénom** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Titre** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Département/Unité/ Laboratoire** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Equipe** |  |
| **Adresse Postale** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Téléphone** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **E-mail** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Prénom et Nom** | **Titre** | **Département/Unité/ Laboratoire** | **Tutelles** | Equipe | **Courriel** | **Téléphone** | **Prénom** |
| **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. **Le projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Axe thématique du DIM Thérapie génique – plusieurs axes peuvent être choisis** | |
|  | Audition |
|  | Drépanocytose |
|  | Maladies métaboliques et mitochondriales |
|  | Maladies neuro-dégénératives |
|  | 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. |

|  |
| --- |
| **Résumé grand public du projet SCIENTIFIQUE qui sera publié sur le site internet du DIM thérapie génique** (**10 lignes maximum** en précisant le besoin médical et l’impact du projet) |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |  |
| --- | --- |
| **Durée du projet** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de début (prévisionnelle)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Date de fin (prévisionnelle)** | Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Description du projet d’investissement (2 pages maximum)**   * Décrivez le contexte scientifique et médical et l’état de l’art (national et international) * Les objectifs et le type de questions qui pourront être traitées grâce à cet/s équipement(s) * Données préliminaires/statut de développement actuel * Le caractère innovant et excellent du projet * Précisez les aspects structurants, fédérateurs et innovants, notamment pour la communauté de recherche francilienne * Les ressources nécessaires * Les résultats attendus |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Décrivez les interactions avec la/les équipe(s) francilienne(s) qui ont été menées dans le cadre du projet**  Décrivez notamment leurs complémentarité et expertises complémentaires ; ressources biologiques mise à disposition… |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

|  |
| --- |
| **Plan de travail (max 2 page)**  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 et les dates prévisionnelles d’avancement (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. **Valorisation du projet**

|  |
| --- |
| **Vos travaux ont-ils été présentés lors d’un congrès ?** Précisez le congrès, la date et le lieu, le nombre de personnes présentes, s’il s’agissait une présentation orale ou d’un poster etc. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous reçu un prix ou un financement (autre que le DIM) dans le cadre de ce projet ou en lien avec lui-ci ?** Précisez lequel. S’il s’agit d’un financement précisez le montant et sa durée etc. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Vos travaux ont-ils fait l’objet d’une publication dans un journal scientifique ?** Précisez le journal, le DOI de l’article, un résumé de quelques lignes etc. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous déposé un/des brevet(s) dans le cadre de ce projet ou en lien avec celui-ci ?** Préciser le numéro de brevet. |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Avez-vous déposé un/des protocole(s) clinique(s) dans le cadre de ce projet ou en lien avec celui-ci ?** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Le projet fait-il l’objet d’un partenariat avec un industriel ?** Précisez le stade : discussion exploratoire, négociation en cours, contrat signé etc.  **Le projet est-il soutenu par une SATT ? S’inscrit-il dans le cadre d’un labex, d’un Institut Carnot ou d’autres instruments du PIA ?**  **S’inscrit-il dans le cadre d’une chaire portée par votre Institut ?** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |
| **Décrivez la stratégie de valorisation associée à votre projet (max ½ page)** |
| Cliquez ou appuyez ici pour entrer du texte. |

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

**Besoins**

Veuillez compléter les tableaux ci-dessous pour chaque équipement demandé

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Intitulé de l’équipement** (Autant de ligne que d’équipement(s)) | **Localisation de l’équipement (établissement ET laoratoire)** | **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**  **(€)** (correspond à 34 % minimum du montant de l’équipement) | **Montant demandé à la région Ile-de-France (€)\*** (maximum 66 % du montant de l’équipement HT) | **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. |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

*\*Veuillez trouver ci-dessous les frais éligibles : équipement(s) > 500 € HT, frais d’expédition, installation, formation, maintenance, matériel informatique et logiciels. Veuillez noter que DIM ne financera pas la TVA. Les frais de gestion ne sont pas éligibles.*

**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 s’élèvera à [*montant du soutien DIM*] maximum pour l’acquisition exclusivement du/des équipement(s) validé(s) par le DIM. Je reconnais également que le DIM ne financera pas la TVA.

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*].

Je reconnais avoir pris connaissance des conditions de versement du financement et m'engage [*nom de l'institution d'accueil]* à soutenir une avance de trésorerie.

L’acquisition du/des équipement(s) aura lieu avant le 31/12/2022.

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

Signature du représentant légal

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)