Groupe d'Appui de Prévention du Surendettement (GAPS)

Formulaire d'appel à projets – Année 2024

Document à renvoyer au Centre de référence au plus tard pour le 1er décembre de l'année en cours

I. Identification du GAPS

Identification de l'institution	
Dénomination exacte de l'institution	
Adresse de l'institution	
Numéro d'agrément	RW/SMD/
Numéro de compte créditeur	BE
Conventionné avec d'autres CPAS	
Territoire géographique desservi par le GAPS	

Identification du GAPS	
Nombre de GAPS créé(s)	
Nom(s) du (des) GAPS	
Description détaillée du public(s) cible(s)	

Identification du responsable GAPS	
Nom	
Prénom	
Téléphone	
GSM	
Fax	
Mail	

II. Renseignements relatifs au GAPS

*Les GAPS ont comme mission, « via des réunions régulières, d'aborder avec des personnes en situation de surendettement ou ayant connu une telle situation, ainsi qu'avec d'autres personnes intéressées, les problèmes de gestion budgétaire, de surendettement et, de façon générale, tout thème ayant une incidence sur cette gestion en vue d'améliorer leur situation sociale » (*art 129, al.1er du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé).

1. Description générale du projet

2. Planning des animations

*Les animations GAPS (minimum 5) doivent porter sur « […] les problèmes de gestion budgétaire, de surendettement et, de façon générale, tout thème ayant une incidence sur cette gestion en vue d'améliorer leur situation sociale » (*art 129, al.1er du Code wallon de l'Action sociale et de la Santé). Cependant, l'une des 5 animations peut porter sur un thème s'écartant de cette problématique (ex : animation loisirs) pour encourager la cohésion du groupe.

Date*	Thème	Brève description de l'animation	Lieu	Horaire

* Si pas de date, indiquez « à déterminer ».

3. Organisation du GAPS

- Combien de temps estimez-vous devoir consacrer à la gestion du GAPS ?

- Comment envisagez-vous la promotion du GAPS ?

- Envisagez-vous des collaborations pour les déplacements (taxi social ou autre) ?

- Envisagez-vous de faire appel à un(des) intervenant(s) extérieur(s)/du CPAS pour les animations ? Si oui, à qui ?
  -
  -
  -
  -
  -

  - Quelles sont vos complémentarités et différences ?

  - Comment envisagez-vous de collaborer ?

  - Avez-vous passé une convention de collaboration ?

4. Commentaire /Remarques complémentaires / Annexes

Date :

Signature du :

responsable GAPS DG / Président(e)