**Groupe d’Appui de Prévention du Surendettement (GAPS)**

Formulaire d’appel à projets – Année 20..

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

# 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 responsable GAPS | |
| Nom |  |
| Prénom |  |
| Téléphone |  |
| GSM |  |
| Fax |  |
| Mail |  |

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

# 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).

## Description générale du projet

## 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 ».

## 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 ?

## Commentaire /Remarques complémentaires / Annexes

**Date :**

**Signature du :**

Responsable GAPS DG / Président(e)