****

BEST 2.0 Petites subventions

Formulaire de capacité financière et de vérifications nécessaires

|  |  |
| --- | --- |
| Nom du demandeur de la subvention: |       |
| Nom du projet: |       |
| Montant sollicité:(Veuillez indiquer s’il vous plaît en EUR et l’équivalent en monnaie locale)  |       |

Part demandée pour votre

organisation

(en cas de projet impliquant plusieurs

bénéficiaires. Veuillez indiquer s’il vous plaît en EUR)

|  |  |
| --- | --- |
| Temps estimé pour remplir le formulaire (heure(s): |       |

BEST 2.0 Petites Subventions

Formulaire de capacité financière et vérifications nécessaires

Afin que le Secrétariat BEST 2.0 puisse constater la capacité financière d’administrer la subvention de chaque potentiel bénéficiaire, vous être cordialement invité(e) à compléter toutes les questions de ce formulaire qui fait intégrante du processus de soumission de votre proposition. En cas de domaine nécessitant des améliorations, le secrétariat travaillera avec le demandeur aux fins de renforcement des capacités et selon les besoins identifiés. Toute information partagée sera traitée confidentiellement et ne sera partagée avec des tierces parties qu’en cas d’obligation légale.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. INFORMATION SUR L’ORGANISATION
 |  | **IUCN Usage interne seulement** |
| 1. **Nom officiel de l’organisation**
 |  |  |
|  |  |  |  |
|  |
| 1. **Type d’organisation**:
 |  |  |
|  | Veuillez s’il vous plaît cocher les options correspondant à votre situation : |  |
|  | i. | [ ]  | A but lucratif\* | i. | [ ]  | Société |  |
|  | ii. | [ ]  | A but non lucratif/ ONG | ii. | [ ]  | Société à responsabilité limitée |  |
|  | iii. | [ ]  | Gouvernement (département/ service) | iii. | [ ]  | Entreprise unipersonnelle |  |
|  |  |  | *(allez au point 2.a s’il vous plaît)* | iv | [ ]  | Partenariat |  |
|  |  |  |  | v | [ ]  | Organisation caritative enregistrée |  |
|  |  |  |  | vi | [ ]  | Réseau  |  |
|  |  |  |  | vii | [ ]  | Autre\*\*  |  |
|  | \*Si vous avez coché la case à but lucratif, veuillez indiquer le nom des propriétaires et leurs parts respectives (en %) ci-dessous.\*\*Si vous avez coché autre veuillez préciser ci-dessous |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Exemption d’impôt:**
 |  |  |
|  | L’organisation est-elle exemptée d’impôts?  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît fournir une copie de votre certificat attestant que vous êtes exempté d’impôt. |  |
|  |
| 1. **Enregistrement:**
 |  |  |
|  | Votre organisation est-elle constituée conformément à la législation nationale ou est-elle dûment enregistrée auprès d’un organisme public?  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |  |  | [ ]  | Non applicable *(Organismes gouvernementaux seulement)* |  |
|  | Si oui, veuillez fournir une copie de vos statuts ou de votre enregistrement. Si non veuillez donner ci-dessous  des informations pour expliquer pourquoi: |  |
|  |  |  |
|  | Quand votre organisation a-t-elle été enregistrée? |  |
|  | Date |  | Lieu |  |  |
|  |
| 1. **Si votre organisation a un site internet, veuillez s’il vous plaît indiquer l’adresse ci-dessous**
 |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Votre organisation est-elle affiliée à une autre organisation?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  | Si oui, veuillez indiquer le nom de l’organisation d’affiliation et la nature ou type d’affiliation ci-dessous : |  |
|  |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Votre projet implique-t-il des entités affiliées dans sa mise en œuvre?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  | Si oui, veuillez indiquer lesquelles et donner le détail de leur rôle respectif ci-dessous : |  |
|  |  |  |
|  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. GOUVERNANCE
 |  |  |
| 1. **Organe directeur:**
 |  |  |
|  | Veuillez indiquer si l’organisation est gouvernée par: |  |
|  |  | [ ]  | Conseil d’administrateurs |  | [ ]  | Comité exécutif  |  |
|  |  | [ ]  | Autre\* \* Veuillez s’il vous plaît préciser ci-dessous |  | [ ]  | Aucun organe |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | Veuillez s’il vous plaît fournir dans un fichier séparé les informations relatives à tous les membres actuels de votre organe de gouvernance avec les indications suivantes pour chacun d’eux : |  |
|  | * Nom :
 |  |
|  | * Fonction :
 |  |
|  | * Durée de service :
 |  |
|  | * Coordonnées (adresse-téléphone-email) :
 |  |
|  |
| 1. **Représentants autorisés:**
 |  |  |
|  | L’organisation a-t-elle des représentants formellement désignés et attitrés comme représentant autorisé ? |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |
| 1. LEGAL
 |  |  |
| 1. **Dossiers règlementaires:**
 |  |  |
|  | L’organisation est-elle pleinement conforme et est-elle à jour au regard des taxes, enregistrement et autre dossiers règlementaires ? |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |  |  | [ ]  | Non applicable  |  |
|  |  |  |
|  | Si non, veuillez préciser pourquoi: |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. FINANCIER
 |  |  |
| 1. **Audit:**
 |  |  |
|  | L’organisation a-t-elle un audit financier annuel réalisé par un auditeur externe indépendant ? |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez fournir une copie du dernier rapport annuel d’audit. *Si votre dernier rapport d’audit ne se rapporte pas à l’année financière la plus récente veuillez préciser pourquoi ci-dessous.* |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Etats financiers:**
 |  |  |
|  | i. L’organisation prépare-t-elle des états ou rapports financiers annuels ? |  |
|  | Si non, veuillez expliquer pourquoi ci-dessous: |  |
|  |  |  |
|  | ii. Veuillez s’il vous plaît fournir le dernier rapport financier annuel de l’organisation. |  |
|  |
| 1. **Principes et systèmes financiers:**
 |  |  |
|  | i. Veuillez indiquer quel système de comptabilité est utilisé dans votre organisation :  |  |
|  |  | [ ]  | Comptabilité de caisse |  | [ ]  | Comptabilité d’engagements ou d’exercice |  |
|  |  |
|  | ii. L’organisation utilise-t-elle un logiciel informatique de comptabilité ? |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |  |
|  |  | Si oui, veuillez s’il vous plaît indiquer ci-dessous le nom du logiciel et préciser depuis combien d’années est-il est utilisé ?  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  | iii. Le système de comptabilité de l’organisation opère-t-il des enregistrements séparés pour les recettes et les dépenses de chaque projet  ou contrat ? |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |
| 1. **Dette:**
 |  |  |
|  | i. Votre organisation a-t-elle des dettes en relation avec : |  |
|  |  | Crédit bancaire |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  | Découvert bancaire |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  | Autre dette |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît préciser ci-dessous : |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | ii. L’organisation a-t-elle déjà été en faillite, liquidation ou déclarée insolvable financièrement ? |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît préciser ci-dessous : |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Comptes bancaires:**
 |  |  |
|  | i. L’organisation a-t-elle des comptes bancaires au nom d’individus à la place du nom de l’organisation ? |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez préciser ci-dessous: |  |
|  |  |  |
|  |
|  | ii. Existe-t-il une règle de double signature au-delà d’un certain montant pour autoriser un paiement ?  |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît donner des précisions ci-dessous : |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **Capacité financière.**
 |  |  |
|  | i. Veuillez s’il vous plaît indiquer ci-dessous le chiffre d’affaire/budgetannuel de votre organisation en euros € des trois dernières années financières. *Si votre comptabilité est faite dans une autre devise, veuillez s’il vous plaît convertir en EUROS et préciser le taux de change utilisé.* |  |  |
|  | 2014:       | 2015:       | 2016:       |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  | ii. Votre organisation a-t-elle reçu des fonds gouvernementaux ou d’organisations multilatérales les trois dernières années ? |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  | Si oui, veuillez indiquer ci-dessous, la part représentant ces fonds dans votre budget opérationnel :  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |  |
|  | iii. Veuillez s’il vous plaît indiquer ci-dessous le budget opérationnel estimé pour votre organisation cette année en cours :*Si votre comptabilité est faite dans une autre devise, veuillez s’il vous plaît convertir en EUROS et préciser le taux de change utilisé.* |  |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. MANAGEMENT et PERSONNEL
 |  |  |
| 1. **Personnel financier:**
 |  |  |
| Les transactions financières de votre organisation sont-elles enregistrées au sein d’un système financier interne et supervisé par :  |  |
|  |  | [ ]  | Du personnel financier qualifié plein temps  |  | [ ]  | Du personnel non financier  |  |
|  |  | [ ]  | Du personnel financier qualifié mi-temps  |  | [ ]  | Autre |  |
|  |
| 1. **Veuillez s’il vous plaît indiquer le nombre total de personnes employées à temps plein par votre organisation.**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | 0 |  | [ ]  | 11 - 20 |  |
|  |  | [ ]  | 1 - 5 |  | [ ]  | 21 - 50 |  |
|  |  | [ ]  | 6 - 10 |  | [ ]  | 50+ |  |
|  |
| 1. **Enregistrement des heures de travail effectuées:**
 |  |  |
|  | i.  | Votre organisation a-t-elle un système de relevé de temps par salarié afin d’effectuer des bilans mensuels d’heures travaillées ? |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît fournir une copie du formulaire de décompte horaire mensuel utilisé par votre organisation. |  |
|  |
| 1. RELATIONS et CONFLITS d’INTERÊT
 |  |  |
| 1. **L’organisation est –elle membre de l’UICN?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |
| 1. **L’organisation a-t-elle précédemment travaillé avec l’UICN ou reçu une subvention de l’UICN ?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît préciser ci-dessous: |  |
|  |  |  |
|  |
| 1. **L’organisation ou l’un de ses propriétaires, directeurs, agents, gestionnaires ou les membres de leur famille ont-ils des relations de travail ou des relations personnelles avec un agent ou gestionnaire de l’UICN ?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez s’il vous plaît préciser ci-dessous : |  |
|  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **L’organisation ou l’un de ses directeurs, agents ou gestionnaires, ont-ils été directement ou indirectement impliqués dans le processus de sélection des projets BEST 2.0?**
 |  |  |
|  |  | [ ]  | Oui |  | [ ]  | Non |  |
|  |  |  |
|  | Si oui, veuillez préciser comment  ci-dessous :  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |

**Liste de vérification- Liste de documents complémentaires demandés**

Afin d’aider les vérifications nécessaires et l’analyse de la capacité financière de votre organisation, veuillez s’il vous plaît vérifier la disponibilité des documents suivants et cocher les documents que vous allez fournir en complément de ce formulaire.

[ ]  1(c) Certificat d'exemption d'impôt

[ ]  1(d) Copie des statuts et certificat d’enregistrement

[ ]  2(a) Information sur l’organe de gouvernance

[ ]  4(a) Rapport d’audit

[ ]  4(b) Bilan financier annuel

[ ]  5(a) Personne point focal

[ ]  5(d) Formulaire de décompte horaire mensuel (vide)

Si vous ne pouvez fournir aucun document requis, veuillez indiquer ci-dessous les raisons de cette impossibilité :

|  |
| --- |
|  |

**Déclaration:**

*“Je soussigné, par le présent formulaire certifie que je suis autorisé à représenter mon organisation, et que les faits et informations fournis dans ce formulaire de capacité financière et vérifications nécessaires sont avérés et corrects sans omission, erreur ou fausse déclaration.*

*Je comprends et accepte le fait que si les informations fournies dans ce formulaire de capacité financière et vérifications nécessaires devaient être modifiées substantiellement, l’UICN en charge du secrétariat BEST 2.0 doit être informée par écrit de tels changements.*

*Je comprends et accepte que l’UICN en charge du secrétariat de BEST 2.0 peut à sa seule discrétion changer ou mettre fin à une subvention si l’une des informations contenues dans ce formulaire se révèle fausse ou inexacte ”*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Signature)

Nom:

Fonction:

Date:

 (Tampon de l’organisation)