****

|  |
| --- |
| **APPEL A PROJETS** **« ETABLISSEMENTS ET SERVICES PROMOTEURS DE DEMOCRATIE SANITAIRE »** **Dossier - 2017** |

INTITULE DU PROJET :

|  |
| --- |
| 1-1. Présentation de l’établissement  |

##### Identification :

Nom :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

##### Identification du représentant légal :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

##### Identification de la personne chargée du présent dossier :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

|  |
| --- |
| 1-2. Contexte  |

Existence d'un constat et des problématiques qui en découlent (enjeux de santé, dysfonctionnements observés, etc.) :

|  |  |
| --- | --- |
| 1-3. Description du projet |  |

###### Présentation du projet :

* **Intitulé :**

* **Objectifs du projet :**

* **Public visé :**

* **Modalités de co-construction et de codécision avec les usagers et leurs représentants**

* **Description précise et concise du fonctionnement du projet**
	+ dont description de la démarche partenariale :
	+ dont caractère innovant
	+ dont méthodologie retenue
	+ dont modalités de modélisation

* **Délai** : date de mise en œuvre et durée envisagée

* **Zone géographique ou territoire de réalisation de l’action** (quartier, commune, canton, département, zone géographique..). Préciser le nom du (des) territoire(s) concerné(s) :

* **Demande :**

[ ]  **Labellisation seule « Etablissement ou service promoteur de démocratie sanitaire »**

[ ]  **Labellisation « Etablissement ou service promoteur de démocratie sanitaire » et financement**

|  |
| --- |
| 1-4. Evaluation de l’action et impact sur la démocratie en santé |

**Méthodes d’évaluation, indicateurs choisis, périodicité au regard des objectifs ci-dessus :**

|  |
| --- |
| 1-5. Budget prévisionnel de l’action*Ce budget doit être établi en prenant en compte l’ensemble des coûts directs et indirects et l’ensemble des* *ressources affectées à l’action* |

* **Nature, objet et montant annuel des postes de dépenses les plus significatifs :**
* **Cofinancements éventuels**

|  |
| --- |
| 1-6. Informations complémentaires éventuelles   |

Date :

Signature :

Directeur ou son représentant Président de la commission des usagers ou du conseil de la vie sociale