

**Annexe n° 4**

**Direction de l’Offre de Soins et de l’Autonomie**

**Pôle Offre de Soins**

**Dossier de candidature à la création d’une Plateforme d’Accompagnement et de Répit (PFR) dans le département de la Creuse**

**dans le cadre de l’appel à candidatures départemental 2019**

**de la région Nouvelle-Aquitaine**

## Présentation du candidat

## Identification de la structure gestionnaire

Nom de la structure :

Numéro FINESS entité juridique :

Numéro FINESS entité établissement :

Activités principales du gestionnaire (autorisations/agréments) :

Adresse :

Code postal : ……………………………………………………………………………………………………….

Commune : ………………………………………………………………………………………………………....

Courriel de la structure : .………………………………………………………………………………………....

Adresse site internet : …………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………….............................

## Identification du représentant légal de la structure

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel : …..………………………………………………………………………………………………………

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone : ……………………………………………………………………………………………………….

Courriel : ……..……………………………………………………………………………………………………

## Identification de la structure porteuse de la plateforme d’accompagnement et de répit

1. Nature juridique du porteur
2. Accueil de jour autonome – si oui, préciser la capacité autorisée /\_ \_/ et installée : / \_ \_ /
3. Accueil de jour adossé à un EHPAD – si oui, préciser la capacité autorisée /\_ \_/ et installée : /\_ \_ /

- capacité autorisée en hébergement permanent : / \_ \_ /

\* avec PASA : 🞏 oui 🞏 non

\* dont UHR : 🞏 oui 🞏 non

\* avec expériences sur l’accompagnement de personnes atteintes de maladies neuro-dégénératives : 🞏 oui 🞏 non

si oui, précisez : 🞏 Alzheimer et/ou maladies apparentées 🞏 Parkinson 🞏 Sclérose en plaques

- capacité autorisée en hébergement temporaire : / \_ \_ /

1. Pour a) et b), préciser la date du dernier arrêté d’autorisation conjoint : / \_ \_ / \_ \_ / \_ \_ \_ \_ /

Nom de la structure porteuse :

Numéro FINESS entité juridique :

Numéro FINESS entité établissement :

Adresse :

Code postal : ……………………………………………………………………………………………………

Commune : ……………………………………………………………………………………………………..

Courriel de la structure : ……………………………………………………………………………………….

Adresse site internet : ………………………………………………………………………………………….

Téléphone : ………………………………………………………………………………………………………

1. Modalités d’organisation et de fonctionnement de l’accueil de jour
2. Description synthétique du projet de service de l’accueil de jour *(10 lignes maximum)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Personnels dédiés à l’accueil de jour

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Catégorie socio-professionnelle | Fonction | ETP | Coûts chargés |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

1. Description des locaux dédiés à l’accueil de jour

*(Joindre un plan identifiant l’accueil de jour en format A4 couleur au dossier de candidature)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Partenariats formalisés avec l’accueil de jour (dont autres offres de répit du territoire)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. Zone de couverture de l’accueil de jour avec mention de la durée et/ou du périmètre kilométrique d’intervention, ainsi que le mode de transport retenu par le gestionnaire

*(une cartographie en format A4 couleur peut être jointe au dossier de candidature)*

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Territoires d’implantation de la plateforme d’accompagnement et de répit au sein des zones de une ou plusieurs MAIA

🞏 Nord Creuse (23)

🞏 Sud Creuse (23)

Précisez la zone géographique couverte en détaillant les communes :

*(une cartographie en format A4 couleur peut être jointe au dossier de candidature)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Projet s’inscrivant dans une coordination avec la plateforme d’accompagnement et de répit installée sur le département : 🞏 oui 🞏 non

## Description du projet

## Motivations du porteur *(à préciser en 5 lignes maximum)*

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Public cible et modalités de repérage

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Intégration de l’ouverture de l’ARS Nouvelle-Aquitaine aux personnes malades jeunes de moins de 60 ans, atteints d’une des 3 maladies neurodégénératives : 🞏 oui 🞏 non

Si oui, préciser les modalités :

## Identification des ressources du territoire en faveur des aidants et des personnes atteintes d’Alzheimer et/ou maladies apparentées, Parkinson et Sclérose en plaques

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Analyse des besoins du territoire en faveur des aidants et des personnes atteintes d’Alzheimer et/ou maladies apparentées, Parkinson et Sclérose en plaques

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Mise en corrélation de l’offre avec les besoins

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Synthèse du projet de service de la plateforme d’accompagnement et de répit (10 lignes maximum)

## 

***(projet de service de 20 pages maximum à joindre au dossier de candidature)***

## Activités hebdomadaires proposées dont celles du porteur (à différencier de celles de l’accueil de jour)

***(un tableau en format A4 peut être joint en présentation par simplification)***

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Palettes d’actions de répit et d’accompagnement proposée aux aidants et aux couples aidant/aidé en référence au cahier des charges national (mention de celles portées par les partenaires et celles proposées par le porteur sur le forfait)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

Education thérapeutique : 🞏 oui 🞏 non

\* si oui, pour : Alzheimer 🞏 Parkinson 🞏 Sclérose en plaques 🞏

\* si non, motif à préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………

Accompagnement et formation aux aidants : 🞏 oui 🞏 non

\* si non, motif à préciser : ………………………………………………………………………………………………………………………

## Plan de communication

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Les partenariats déjà existants et envisagés avec modalités de mise en oeuvre

## Tableau prévisionnel des effectifs salariés de la plateforme d’accompagnement et de répit

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie socio-professionnelle | Fonction | ETP | Coûts chargés | Personnel sur les crédits Assurance maladie | Personnel de l’accueil de jour en mutualisation (oui / non) | Personnel sur cofinancement (à préciser) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

## Plan de formation prévisionnel pour les professionnels salariés de la plateforme d’accompagnement et de répit

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

## Budget prévisionnel en année pleine

***(renseigner l’annexe n° 5 en intégrant la dotation et les financements complémentaires)***

## Plan des locaux situant la plateforme d’accompagnement et de répit

***(joindre un plan des locaux situant la PFR en format A4 couleur au dossier de candidature)***

## Calendrier et délai de la mise en œuvre