

Dossier de demande d'aide à l'investissement

Plan d'aide à l'investissement 2023

TIERS LIEU

Région	Département d'implantation du demandeur	Année de dépôt du dossier
		2023

Nom de l'établissement :

Ce dossier est à renvoyer à l'Agence Régionale de Santé de la région d'implantation de l'établissement.



Financé par
l'Union européenne
NextGenerationEU



cnsa
Caisse nationale de
solidarité pour l'autonomie

ATTESTATION PREALABLE

Je, soussigné, représentant légal de,

(Le cas échéant, si le maître d'ouvrage de l'opération d'investissement n'est pas le gestionnaire de l'établissement concerné)

Et je, soussigné, maître d'ouvrage de l'opération d'investissement à mener,

sollicite auprès de l'Agence Régionale de Santé (ARS) une aide à l'investissement d'un montant de€ dans le cadre du plan d'aide à l'investissement 2023 des établissements et services pour personnes âgées au titre du projet de création de Tiers-Lieu décrit de façon détaillée dans le dossier ci-après.

Je, soussigné....., représentant légal de....., déclare que ce dernier est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférents.

Je certifie exactes, précises et complètes, les informations du présent dossier.

Je reconnais que les travaux ne peuvent commencer avant que la décision d'attribution d'une aide à l'investissement de la CNSA soit connue et notifiée, sauf dérogation explicite du Directeur Général de l'ARS, en référence aux dispositions réglementaires en vigueur.

Date :

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

(Le cas échéant)
Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité maître d'ouvrage

DECLARATION D'ABSENCE DE DOUBLE FINANCEMENT

Je, soussigné, représentant légal de,

(Le cas échéant, si le maître d'ouvrage de l'opération d'investissement n'est pas le gestionnaire de l'établissement concerné)

Et je, soussigné, maître d'ouvrage de l'opération d'investissement à mener,

- **ayant pris connaissance de l'article 9** du règlement (UE) 2021/241 du parlement européen et du conseil du 12 février 2021, qui exclut la possibilité de cumuler, sur un même projet, les fonds de la FRR et les autres fonds européens, dès lors que ces aides couvriraient « les mêmes coûts ».
- **ayant pris connaissance de l'article 22.2 c) i)** du même règlement (UE) 2021/241 qui dispose que « les fonds ont été gérés conformément à toutes les règles applicables, notamment les règles visant à éviter (...) un double financement ».

déclare sur l'honneur :

1. M'engager, à l'occasion de ma demande d'aide à l'investissement, à vérifier que mon projet n'est pas financé par d'autres fonds européens que ceux du Plan d'Aide à l'Investissement.
2. M'engager, dans le cas contraire, à signaler être placé dans une situation de double financement, dès la transmission de mon plan de financement, ou par tout autre moyen à ma disposition.
3. M'engager en cas de non-respect de ces engagements, à restituer à l'Agence Régionale de Santé les fonds indument perçus.

Date :

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

(Le cas échéant)
Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité maître d'ouvrage

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

1. Pièces nécessaires pour déclarer le dossier éligible à fournir à l'ARS de la région :

Pièces obligatoires :

- 1- Si le dossier n'est pas signé par le représentant légal de l'établissement subventionné, vous devez joindre le pouvoir de ce dernier au signataire
- 2- Devis des travaux et des prestations en AMO (aide à la maîtrise d'ouvrage)
- 3- Lettre d'engagement des partenaires
- 4- Délibération du Conseil d'administration approuvant le projet (pour les établissements publics)

Pièces facultatives si l'ARS en dispose déjà par ailleurs :

- 5- Pour les associations : copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture ainsi que les statuts
- 6- Pour les sociétés commerciales : extrait Kbis, inscription au registre du commerce ainsi qu'un tableau précisant sur les 3 dernières années les aides attribuées par des personnes publiques
- 7- Arrêté d'autorisation de l'établissement sollicitant la subvention

Pièces facultatives

- 8- Dernier rapport d'activité
- 9- Photos permettant de se faire une idée de l'environnement du projet
- 10- Avis formalisé du CVS (Conseil de la vie sociale)

FICHE D'IDENTITÉ

Compléter les trois rubriques :

NOM DE L'ENTITE MAÎTRE D'OUVRAGE :

Adresse :

☎ E-mail:

Statut de l'entité :

Représentant légal :

Qualité :

Type de bail liant le maître d'ouvrage et le gestionnaire :

NOM DE L'ENTITÉ GESTIONNAIRE :

Adresse :

☎ E-mail :

Statut de l'entité (association, EPS, SARL, etc.) :

Représentant légal :

Qualité :

N° de déclaration d'existence :

Date de déclaration :

Nombre de salariés permanents :

NOM DE L'ÉTABLISSEMENT :

Adresse :

☎ E-Mail :

Directeur :

N° FINESS :

Date du dernier arrêté d'autorisation :

Capacité totale autorisée :

Date de signature de la convention tripartite :

PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :

NOM : QUALITE :

TELÉPHONE :

E-MAIL :

A. DESCRIPTION TECHNIQUE

1. Nature de l'activité poursuivie par l'établissement

- Catégorie établissement :
- Type de public accueilli :
- Existence d'un projet d'établissement : oui ☐ date .../.../..... non ☐
- Existence d'un projet de vie : oui ☐ date .../.../..... non ☐
- Existence de coopérations développées : oui ☐ non ☐

Si oui préciser :

- convention avec établissement de santé ☐ date .../.../.....
- convention avec établissements médico-sociaux ☐ date .../.../.....
- convention avec acteurs du domicile ☐ date .../.../.....
- participation à 1 réseau de santé/CLIC/autres ☐ date .../.../.....
- mutualisation par la biais d'un GCSMS ☐ date .../.../.....
- intégration dans un GHT ☐ date .../.../.....

- Existence d'un CPOM signé : oui ☐ non ☐ en cours ☐

2. Offre d'hébergement de l'établissement :

Places	Capacité totale de l'établissement		Habilité à l'aide sociale
	Autorisée	Installée	
Hébergement permanent			
Accueil / hébergement temporaire			
Accueil de jour*			
Accueil de nuit			
AUTRES : (préciser)			
TOTAL			

3. La demande de financement porte sur :

- ☐ Les prestations intellectuelles (l'ingénierie de projet, le développement social, l'assistance à maîtrise d'ouvrage local, le recrutement de stagiaire, contractuel...)
- ☐ les travaux visant la conception, la restructuration, l'aménagement et/ou la mise aux normes de la partie de l'EHPAD dédiée au tiers-lieu et/ou son ouverture vers l'extérieur ;
- ☐ l'équipement du tiers-lieu.

4. Présentation du projet

- a) Précisez les objectifs, comment sera conçu le lieu, quel sera son fonctionnement, quels types d'activités sont envisagés, qui sera associé à l'élaboration du programme :

.....

.....

.....

b) Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d'aménagement / d'équipement prévus :

.....

.....

.....

c) Quels sont les impacts attendus ?

Le projet est réussi si

.....

.....

.....

d) Qui est ou qui sont le(s) partenaire(s) associé(s) au tiers-lieu ?

Précisez leur nature, leur implication dans la conception et l'animation du tiers-lieu

.....

.....

.....

e) Comment va être piloté le projet, par qui, en s'appuyant sur quelles ressources ?

.....

.....

.....

f) Expliquez comment vous allez impliquer une grande diversité de parties prenantes : voisins et habitants de tous âges, institutions et commerçants riverains, professionnels de l'EHPAD, résidents et leurs proches...

.....

.....

.....

g) Avis et implication du CVS (Conseil de la vie sociale) dans le projet

.....

.....

.....

h) Perspectives de pérennisation du projet

.....

.....

.....

5. Descriptif technique du projet d'investissement :

Nature des travaux :

- ☐ Extension des locaux :
- ☐ Reconstruction des locaux :
- ☐ Restructuration des locaux (rénovation, aménagement...)

Normes de sécurité incendie :

Structure type U ☐

Structure type J ☐

6. Surfaces du tiers-lieu

Description de l'opération	Totaux	dont restructuration	dont construction neuve
Surface dans œuvre (SDO)	m ²	m ²	m ²
Surface des espaces extérieurs aménagés	m ²		

Mémo : (Source : MAINH)

SDO	La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses. La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d'étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d'emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques).
-----	--

B.DESCRPTION FINANCIERE

1. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation

Remplir le calendrier en mois et année (mm/aaaa)

- Date prévisionnelle de lancement du projet :
- Date prévisionnelle de fin du projet :
- Date prévisionnelle de mise en service du tiers-lieu :

Plan de financement

DEPENSES	MONTANT (HT)	MONTANT (TTC)	RESSOURCES	MONTANT (HT)	MONTANT (TTC)
CONTRACTUEL (RECRUTE SPECIFIQUEMENT POUR LE PROJET)	€	€	AIDE A L'INVESTISSEMENT CNSA 2023	€	€
STAGIAIRE REMUNERE	€	€	SUBVENTION : (PRECISER)	€	€
GRATIFICATION DE SERVICE CIVIQUE	€	€	SUBVENTION : (PRECISER)	€	€
PRESTATIONS INTELLECTUELLES (INGENIERIE DE PROJET, COORDINATION, DEVELOPPEMENT SOCIAL LOCAL, AMO,...)	€	€	FONDS PROPRES SANS DROIT DE REPRISE	€	€
			CAPACITE D'AUTOFINANCEMENT ISSUE DE LA TARIFICATION	€	€
COUT TRAVAUX	€	€	EMPRUNTS AUPRES DES ORGANISMES BANCAIRES : ○ MONTANT ○ DUREE ○ TAUX ORGANISME :	€	€ MOIS %
EQUIPEMENT	€	€			
COUT AUTRES : (PRECISER)	€	€			
			AUTRES : (PRECISER)		€
TOTAUX	€	€	TOTAUX	€	€

2. Plan de financement prévisionnel de l'opération toutes dépenses confondues (TDC) en valeur finale estimée (VFE)

Êtes-vous assujetti à la TVA : oui ☐ non ☐

Signatures



Signature et identité du représentant légal
de l'entité gestionnaire + Cachet
Cachet

(Le cas échéant) : Signature et identité du
représentant légal de l'entité maître d'ouvrage +

www.cnsa.fr
www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr

CNSA
66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14
Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr