

**Dossier de candidature**

**pour la Création de 11 places de service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) tous types de déficiences (hors TSA) dans le Lot et garonne**

1. **Etablissement support**
	1. **Identification de l’établissement ou service**

|  |
| --- |
| **Présentation du porteur** |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Nom, fonction et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur :*

* 1. **Description du porteur du projet : Présentation des activités de l’établissement (ou service) support du projet de création de 11 places de service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) tous types de déficiences (hors TSA) dans le Lot et garonne**

*Donner en particulier toutes les indications utiles sur la dernière autorisation de l’établissement ou service support : capacité, modalités d’accompagnement, …*

1. **Description du projet**

*Décrire le projet, les motivations, les modalités d’élaboration du projet notamment avec les partenaires du territoire.*

1. **Territoire couvert :**
2. **Organisation et fonctionnement**
3. **Modalités de fonctionnement de la création de 11 places de service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) tous types de déficiences (hors TSA) dans le Lot et garonne**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Expérience de l’établissement*** *(accompagnement des jeunes entre 18 et 23 ans avec ou sans amendement CRETON)* |  |
| ***Comitologie/ Gouvernance (fréquence, liste des membres…)*** |  |
| ***Commission de priorisation (ARS, Conseil départemental, MDPH, professionnels du secteur médico-social ou sanitaire…)*** |  |
| ***Présentation de l’équipe d’intervenants :*** * *Description de l’équipe*
* *Formation des personnels et formation continue*
* *Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS*
* *Adéquation de la composition de l’équipe avec le projet (profils, expérience dans la prise en charge des personnes.)*
* *Modalités de gouvernance*
 |  |
| *Modalités de participation à la gouvernance des* ***associations des parents*** *et/ou accompagnement des familles (niveau d’implication aux instances de gouvernance)* |  |
| ***Partenariats*** *formalisés et envisagés (conventions de fonctionnement* |  |
| ***Actions de formation et de supervision envisagées*** |  |
| *Modalités* ***d’organisation*** *(locaux, transport, restauration, périscolaire…)* |  |
| ***Outils utilisés*** |  |
| *Modalités de* ***suivi et d’évaluation*** *(critères et indicateurs permettant de mesurer le niveau d'atteinte des objectifs)* |  |

1. **Le financement**

*Expliciter les modalités d’utilisation de l’enveloppe dédiée à la* *création de 11 places de service d’accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH) tous types de déficiences (hors TSA) dans le Lot et garonne) (budget prévisionnel à mettre en annexe en format excel)*

1. **Modalités de mise en œuvre opérationnelles, calendrier prévisionnel et stratégie de communication**

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer et le calendrier de démarrage envisagé avec ses différentes étapes.*