



**ANNEXE 2**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**CREATION DE PLACES D’HEBERGEMENT TEMPORAIRE POUR PERSONNES AGEES**

**1- PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| Etablissement concerné Nom :Adresse :CP-Ville :N° FINESS : |

|  |
| --- |
| Organisme gestionnaireNom :Adresse :CP-Ville :N° FINESS : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacité de fonctionnement** | **Capacité autorisée*****(nombre de places)*** | **Capacité installée*****(nombre de places)*** |
| Hébergement permanent (tout public) - Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées  - Dont places en pôles d’activités et de soins adaptés | \_\_\_ places HP\_\_\_ places Alzheimer\_\_\_ places PASA | \_\_\_ places HP\_\_\_ places Alzheimer\_\_\_ places PASA |
| Hébergement temporaire (tout public)Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées  | \_\_\_ places HT\_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places HT\_\_\_ places Alzheimer |
| Accueil de jour (tout public)Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées | \_\_\_ places AJ\_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places AJ\_\_\_ places Alzheimer |
| Accueil de nuit (tout public)Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées | \_\_\_ places AN\_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places AN\_\_\_ places Alzheimer |
| **TOTAL (tout public)****Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées** | **\_\_\_ places** **\_\_\_ places Alzheimer** | **\_\_\_ places** **\_\_\_ places Alzheimer** |
| Date du dernier arrêté d’autorisation fixant la capacité globale  | jj/mm/aa |

|  |
| --- |
| **Contractualisation** |
| Dernier GMP  |  validé le  |
| Dernier PMP  |  validé le |
| Date du CPOM en cours  |  |
| Option tarifaire |  |

|  |
| --- |
| **Capacité d’hébergement temporaire sollicitée** : \_\_\_ (nombre de places) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne référente du dossier** **(nom et fonction)** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Courriel** |  |

**2- OPPORTUNITE ET MOTIVATION DE LA DEMANDE**

1. **Présentation de la demande**
2. **Opportunité du projet au regard des besoins identifiés sur le territoire**
3. **Objectifs poursuivis au regard de l’inscription du projet d’hébergement temporaire dans le projet global de l’EHPAD**

**3- PROJET D’HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

1. **Cible du public accompagné**
2. **Modalités de fonctionnement**

*Nombre de jours d’ouverture de l’HT sur l’année / Si < 365 jours, périodes de fermeture du service / Plafond de fréquentation sur l’année pour un accueilli / Plancher de durée de séjour pour un accueilli*

**4- MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

1. **Admission et accueil**

*Préciser les critères d’admission et les critères d’exclusion*

*Détailler la procédure d’admission : usagers, coordination avec le médecin traitant, liens avec les intervenants extérieurs, le DAC-PTA…*

*Indiquer les modalités de planification des séjours (programmés, non programmés)*

1. **Retour, fin d’accompagnement et sortie : critères et procédure de sortie**
2. **Accompagnement et soins adaptés**

*Préciser le mode d’élaboration d’évaluation de coordination et du suivi du projet personnalisé d’accompagnement*

*Indiquer les modalités de constitution et de gestion du dossier*

1. **Prévention et éducation à la santé**

*Préciser les actions de prévention et d’éducation à la santé mises en place par l’HT (alimentation, chutes, hygiène bucco-dentaire …)*

1. **Droits des usagers**

*Préciser les modalités de recherche du consentement de la personne*

*Préciser les modalités de participation de la famille et de l’entourage*

1. **Actions en faveur des aidants**

**5- COOPERATIONS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaires** | **Identification** | **Convention****existante** | **Convention****A signer** | **Modalités opérationnelles de coopérations au titre de l’HT** |
| Service d’aide et d’accompagnement à domicile |  |  |  |  |
| Service de soins à domicile |  |  |  |  |
| SPASAD |  |  |  |  |
| ESA |  |  |  |  |
| AJ |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire  |  |  |  |  |
| EHPAD / RA |  |  |  |  |
| Court séjour gériatrique/hôpital de jour |  |  |  |  |
| SSR / unité cognitivo-comportementale (UCC) |  |  |  |  |
| Consultations mémoires / consultations libérales |  |  |  |  |
| Service de neurologie |  |  |  |  |
| Associations spécialisées |  |  |  |  |
| DAC/PTA |  |  |  |  |
| Equipes médico-sociales APA : référents autonomie |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

*Commentaires :*

**6- PERSONNEL DE L’HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

* Organigramme prévisionnel (à joindre) et tableau des effectifs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETP** | **ETP dédiés à l’HT** | **ETP dédiés aux autres modalités d’accueil** | **ETP totaux** | **Modalités de recrutement (création /redéploiement)** |
| Direction |  |  |  |  |
| Administration |  |  |  |  |
| Service généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |  |
| Animation /service social |  |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |  |
| ASG |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Autres personnel paramédical :   |  |  |  |  |

*Commentaires :*

*Formations des personnels intervenant au sein de l’HT*

*Soutien du personnel : dispositif prévus pour accompagner le personnel dans ses missions*

**7- LOCAUX**

Descriptif des locaux d’activité : joindre un plan des locaux avec l’indication de leur fonction, leur surface, leur équipement et mobilier

Préciser la typologie d’implantation :

* places regroupées dans une unité de vie dédiée autonome
* places regroupées dans une unité d’hébergement non dédiée
* places regroupées au sein d’une unité protégée
* places disséminées dans l’EHPAD
* autre, à préciser

**8- COMMUNICATION**

*Préciser les modalités de communication prévu pour faire connaître le projet d’HT auprès des partenaires et des usagers*