

# Direction de l’offre de Soins et de l’Autonomie ARS-TIRET-ADRESSE haut

# Pôle Autonomie et santé mentale

Département Grand âge et autonomie

**Dossier de demandes de crédits**

**pour la mise en œuvre d’actions de prévention de la perte d’autonomie en EHPAD**

**DEPARTEMENT DE :**

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

**1-1.Identification de l’EHAPD souhaitant porter le projet :**

Nom :

N° FINESS géographique :

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 :

**Identification des EHPAD partenaires**

Nom :

N° FINESS géographique :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Télécopie :

Courriel :

Identification du représentant légal :

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| 3. Présentation du programme d’action de prévention |  |

Pour toute action, il est demandé au candidat de donner tous les arguments ou renseignements qui peuvent montrer la validité du projet.

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé de l’action** |  |
| **Thématiques de prévention** | □ Santé bucco-dentaire  □ Activité physique adaptée  □ Dénutrition de la personne âgée  □ Risque de chutes  □ Troubles du comportement / Risque suicidaire  □ Iatrogénie médicamenteuse  □ prévention des risques infectieux |
| **Justification du choix de la thématique**  **Et éléments de diagnostic / contexte** | **Besoins identifiés** (au sein de l’établissement et/ou à l’extérieur)  Action nouvelle ou non. Si l’action est non nouvelle, préciser les éléments nouveaux ou enrichissements apportés et les modalités de fin |
| **Objectifs spécifiques de l’action** |  |
| **Public visé par l’action** | **Nombre de bénéficiaires touchés/potentiels**  **Ciblage du public :**   * personnes autonomes ou personnes en perte d’autonomie * personnes résidentes et/ou personnes vivant à domicile * personnel des établissements   **Si l’action proposée est ouverte à un public mixte** c’est-à-dire un groupe composé à la fois de résidents de l’EHPAD et de personnes âgées vivant à domicile, le porteur doit préciser :   * la répartition du public (*exemple* : pour un groupe de 20 personnes, il y a 5 personnes âgées vivant à domicile et 15 résidents d’EHPAD) * la méthode de repérage des personnes âgées vivant à domicile |
| **Description détaillée de l’action** | **Format de l’action** (ex : atelier, conférence, équipe…)  **Périodicité de l’action** (ex : 1 fois par mois, tous les lundis matins,..)  **Calendrier prévisionnel détaillé** :  **Lieu de réalisation**  Préciser la/les commune(s) concernée(s) |
| **Moyens Humains mobilisés**  **Joindre impérativement le ou le ou les CV correspondants et la copie des diplômes et qualifications** | **Profil des professionnels**  (ex : psychologue, éducateur APA,diététiciens…)  **Missions des professionnels**  **Nombre d’heures total**  **Coût** |
| **Moyens matériels mobilisés** | **Intitulé et coût :**   * Moyens de communication * Matériel consommable * Location de salle |
| **Coût et financement de l’action**  *(coût total de l’action en € en faisant apparaître les différents financeurs et le montant de leur contribution)* | En cas d’action mixte, c’est-à-dire à destination des résidents d’EHPAD et ouverte aux personnes âgées vivant à domicile, le montant de l’action devra être proratisé selon la catégorie de population concernée. |
| **Montant de la subvention demandée**  **par action** |  |
| **L’action bénéficie-t-elle d’une subvention via la conférence des financeurs** | □ non (motif du refus : )  □ oui Montant octroyé |
| **Indicateurs et outils d’évaluation envisagés** |  |

|  |
| --- |
| 4. Budget de l’action |

Le candidat doit présenter un budget prévisionnel pour chaque action envisagée.

Compléter le modèle de budget prévisionnel TTC joint au dossier de candidature, ainsi que les devis s’y référant.

**BUDGET PREVISIONNEL DE L’ACTIONS** *(Source : cerfa N°12156\*04, page 9)*

***ANNEE OU EXERCICE \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_***

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | | **Montant en Euros** | | **Produits** | | **Montant en Euros** | |
| CHARGES DIRECTES | | | | RESSOURCES DIRECTES | | | |
| **60 Achats** | | 0 | | **70 Rémunération des services** | | 0 | |
| Prestations de services | |  | | Rémunération pour prestations de services | |  | |
| Achats matières et fournitures | |  | | Participation des usagers | |  | |
| Autres fournitures | |  | | Autres (à préciser) | |  | |
| **61 Services externes** | | 0 | | **74 Subventions** | | 0 | |
| Locations immobilières et mobilières | |  | | Etat (à détailler) | |  | |
| Entretien et réparation | |  | | CNSA (à détailler) | |  | |
| Assurance | |  | | Région(s) : | |  | |
| Documentation | |  | | ARS : | |  | |
| Autres | |  | | Département pour la CFPPA : | |  | |
|  | |  | | Commune(s) : | |  | |
| **62 Autres services externes** | | 0 | | Organismes sociaux : (à détailler) | |  | |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires | |  | | Fonds européens | |  | |
| Publicités et publications | |  | | ASP (emplois aidés) | |  | |
| Déplacements et missions | |  | | Autres établissements publics : | |  | |
| Services bancaires, autres | |  | | Aides privées : | |  | |
|  | |  | | Autres (à préciser) | |  | |
| **63 Impôts et taxes** | | 0 | | **75 Autres produits de gestion courante** | | 0 | |
| Impôts et taxes sur rémunérations | |  | | Cotisations des adhérents | |  | |
| Autres impôts et taxes | |  | | Autres (à préciser) | |  | |
| **64 Frais du personnel** | | 0 | |  | |  | |
| Rémunération des personnels | |  | | **76 Produits financiers** | | 0 | |
| Charges sociales | |  | | (Préciser) | |  | |
| Autres charges de personnel | |  | |  | |  | |
| **65 Autres charges de gestion** | | 0 | | **77 Produits exceptionnels** | | 0 | |
| (Préciser) | |  | | (Préciser) | |  | |
| **66 Charges financières** | | 0 | |  | |  | |
| (Préciser) | |  | |  | |  | |
| **67 Charges exceptionnelles** | | 0 | | **78 Reprises** | | 0 | |
| (Préciser) | |  | | Reprise sur amortissement | |  | |
| **Charges** | | **Montant en Euros** | | **Produits** | | **Montant en Euros** | |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** | | 0 | | Reprise sur provision | |  | |
| (Préciser) | |  | |  | |  | |
| CHARGES INDIRECTES | | | |  | |  | |
| **Charges fixes de fonctionnement** | |  | |  | |  | |
| **Frais financiers** | |  | |  | |  | |
| **Autres** | |  | |  | |  | |
| **TOTAL DES CHARGES** | | **0** | | **TOTAL DES PRODUITS** | | **0** | |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES (2)** | | | | | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | | **0** | | **87 Contributions volontaires en nature** | | **0** | |
| Secours en nature | |  | | Bénévolat | |  | |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations | |  | | Prestations en nature | |  | |
| Personnel bénévole | |  | | Dons en nature | |  | |
| **TOTAL** | | **0** | | **TOTAL** | | **0** | |

Exemple de fiche action synthétique *(à reproduire autant de fois qu’il y a d’actions engagées)*

|  |  |
| --- | --- |
| **DOMAINE N° :** |  |
| **ACTION N°:** |  |
| **Contexte et enjeux** |  |
| **Objectifs poursuivis** |  |
| **Périmètre de l’action (descriptif ) dimension territoriale** |  |
| **Modalités de mise en œuvre** |  |
| **Pilotage / Gouvernance** |  |
| **Partenaires/Coopération** |  |
| **Période de réalisation** |  |
| **Financement** |  |
| **Indicateurs de résultat** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 5. Document à fournir |  |

**Merci de joindre à votre candidature :**

* Le dossier de demande de crédit daté et signé par le représentant légal;
* Lettre d’engagement des EHPAD bénéficiaires de l’action à mettre en œuvre les actions financées et à répondre à toute demande du porteur,
* L'identification du ou des prestataire(s) externe(s) retenu(s) ou envisagé(s) si déjà identifié(s) ;
* Tout devis justifiant du budget prévisionnel ;
* L’attestation sur l’honneur dûment complétée et signée ;

Attestation sur l’honneur

**[Prénom] [NOM]**

**[Représentant légal de l’organisme]**

[**Adresse**]

[**Code postal**] [**Commune**]

Attestation sur l'honneur

Je soussigné(e) [**Prénom**] [**Nom**], porteur du projet d’actions de la prévention sur la perte d’autonomie en EHPAD situé [**Adresse**], [**Code postal**] [**Commune**]

* certifie que l’organisme est régulièrement déclaré ;
* certifie que l’organisme est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;
* certifie exactes et sincères les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes de subventions déposées auprès d’autres financeurs publics ainsi que l’approbation du budget par les instances statutaires ;

Fait pour servir et valoir ce que de droit.

**Fait, le à**

**Signature**

**Attention**

**Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal. Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.**

Modalités de dépôt des demandes

**1 Modalités de dépôt des demandes :**

Le dossier de demande sera transmis en version électronique **et** par courrier inséré dans une enveloppe cachetée avec la mention **« Prévention de la perte d’autonomie en EHPAD - 2020 »** - **NE PAS OUVRIR »** **en un exemplaire** en recommandé avec accusé de réception.

1. **envoi par courrier ou remis directement sur place aux adresses suivantes :**

● Pour la Charente : **Délégation départementale de la Charente**

8 rue du Père Joseph Wrésinski, CS 2232

16023 Angoulême Cedex

● Pour la Charente-Maritime : **Délégation départementale de la Charente-Maritime**

5 place des Cordeliers

Cité administrative Duperré, CS 90583

17021 La Rochelle Cedex 1

● Pour la Corrèze : **Délégation départementale de la Corrèze**

4 rue du 9 juin 1944, CS 90230

19012 Tulle

● Pour la Creuse : **Délégation départementale de la Creuse**

28 avenue d’Auvergne, CS 40309

23006 Guéret

● Pour les Deux-Sèvres :  **Délégation départementale des Deux-Sèvres**

6 rue de l’Abreuvoir, CS 18537

79025 Niort Cedex

● Pour la Dordogne : **Délégation Départementale de la Dordogne**

Bât H Cité Administrative

18 rue du 26ème régiment d’Infanterie CS 50253

24052 PERIGUEUX Cedex 9

● Pour la Gironde : **Délégation Départementale de la Gironde**

Espace Rodesse

103 bis rue Belleville CS 91704

33063 BORDEAUX Cedex

● Pour la Haute-Vienne : **Délégation départementale de la Haute-Vienne**

24 rue Donzelot, CS 13108

87031 Limoges Cedex 1

● Pour les Landes : **Délégation Départementale des Landes**

Cité Galliane BP 329

40011 MONT-DE-MARSAN Cedex

● Pour le Lot-et-Garonne : **Délégation Départementale du Lot-et-Garonne**

108 Boulevard Carnot CS 30006

47031 AGEN Cedex

● Pour les Pyrénées-Atlantiques : **Délégation Départementale des Pyrénées Atlantiques**

Cité Administrative, Bd Tourasse, CS 11604,

64016 Pau Cedex

Site de Bayonne

2 allées Marines, CS 38538

64185 Bayonne Cedex

● Pour la Vienne : **Délégation départementale de la Vienne**

4 rue Micheline Ostermeyer, BP 20570

86021 Poitiers Cedex

Le récépissé fera foi de la date de dépôt du dossier.

La remise du dossier en Délégation départementale emportera la remise immédiate d’une attestation de dépôt signée et datée.

1. **Envoi par courriel :**

Le porteur doit obligatoirement transmettre une version du dossier de demande par mail aux boites aux lettres génériques des délégations départementales ARS.

Cet envoi par mail devra comprendre :

**Objet du mail** : Demande de crédit dans le cadre de la **« Prévention de la perte de l’autonomie en EHPAD - 2020 – département xx »**

La candidature devra être signée par le porteur, représentant légal de l’EHPAD.

L’envoi courriel doit se faire avec demande de suivi et d’accusé réception à la lecture.

**Le non-respect de la précédente procédure emportera l’irrecevabilité du dossier de candidature.**

Des précisions complémentaires pourront être sollicitées par messagerie aux adresses précédemment citées jusqu’au 14 août 2020

Le récépissé fera foi de la date de dépôt du dossier.

Le porteur de projet peut compléter le dossier de demande de crédit avec tout document qui lui semblerait pertinent pour permettre l'analyse de sa demande.

**2. La procédure d’instruction et de sélection des demandes :**

L’instruction et la sélection des projets seront réalisées dans chaque département, par les services de l’ARS en lien avec la conférence des financeurs.

Après une instruction sur pièce des projets, assurée par les Délégations Départementales, une commission régionale d’harmonisation se réunira afin d’émettre un avis sur les projets présentés et leurs montants, avec priorisation en fonction des critères énumérés dans le document de cadrage consultable sur le site de l’ARS.

Sur la base des avis rendus, le Directeur Général de l’ARS décidera des projets retenus et du montant de l’accompagnement financier alloué. Les conférences des financeurs en seront informées.

Pour toute information complémentaire, vous pouvez prendre contact auprès de vos correspondants en délégation départementale de l’ARS.

**3. Calendrier de dépôt :**

L'étude et la validation des demandes se feront selon les échéances prévisionnelles suivantes :

* Date limite de dépôt des dossiers de candidature auprès de la délégation départementale : **31 août**
* Commission régionale : 24/25 septembre 2020
* Date prévisionnelle des résultats de sélection des projets : 1ère quinzaine d’octobre 2020