|  |
| --- |
| Annexe 2 |
| Dossier de demandeAppel à candidatures : Plateformes d’accompagnement et de répit (PFR) |

[1. Renseignements administratifs du gestionnaire 2](#_Toc485718851)

[1.1. Identification de la structure gestionnaire 2](#_Toc485718852)

[1.2. Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts 2](#_Toc485718853)

[1.3. Votre structure est : 3](#_Toc485718854)

[2. Description du projet 3](#_Toc485718855)

[2.1. Identification de la personne responsable du projet 3](#_Toc485718856)

[2.2. Territoires d’intervention du projet 3](#_Toc485718857)

[2.3. Analyse des besoins et ressources du territoire 3](#_Toc485718858)

[2.4. Projet de service 4](#_Toc485718859)

[(Incluant les modalités d’organisation et de fonctionnement, dont modalités d’accompagnement envisagées, prestations prévues en indiquant leur finalité, les acteurs de la mise en place, le nombre de personnes, leur fréquence et les modalités d’évaluation, etc...) 4](#_Toc485718860)

[2.5. Modalité de repérage du public cible Erreur ! Signet non défini.](#_Toc485718861)

[2.6. Plan de communication 4](#_Toc485718862)

[2.7. Les partenariats déjà existants et envisagés 4](#_Toc485718863)

[2.8. Tableau prévisionnel des effectifs (ETP et fonction) 5](#_Toc485718864)

[2.9. Plan de formation prévisionnel pour les professionnels de la PFR 5](#_Toc485718865)

[2.10. Budget prévisionnel en année pleine (incluant la dotation, ainsi que les financements complémentaires prévisionnels) 5](#_Toc485718866)

[2.11. Plan des locaux (identification et surface de chaque pièce) 5](#_Toc485718867)

[2.12. Calendrier de la mise en œuvre 5](#_Toc485718868)

## Renseignements administratifs du gestionnaire

## Identification de la structure gestionnaire

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom de la structure :

Numéro FINESS

Activités principales de la structure (autorisations/agrément) :

Département(s) du siège de votre structure : (sélectionner un département)

[ ] Ardennes (08)

[ ] Aube (10)

[ ] Marne (51)

[ ] Haute-Marne (52)

[ ] Meurthe-et-Moselle (54)

[ ] Meuse (55)

[ ] Moselle (57)

[ ] Bas-Rhin (67)

[ ] Haut-Rhin (68)

[ ] Vosges (88)

Adresse de son siège social :

Code postal du siège :

Commune :

Adresse mail de la structure :

Adresse site internet :

Téléphone :

Télécopie (fax) :

## Identification du responsable de la structure (président(e) ou autre personne désignée par les statuts

***(Compléter les informations suivantes)***

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel (mail) :

## Votre structure est :

**(Sélectionner l’une des trois options)**

1. [ ]  un établissement ou service médico-social porteur de l’accueil de jour
2. [ ]  un établissement ou service médico-social ne portant pas l’accueil de jour mais qui a contractualisé des modalités de coopération avec le gestionnaire de l’accueil de jour par convention.
3. [ ]  une personne morale de droit privé ou de droit public (associations, établissements de santé, établissements médico-sociaux…etc.) disposant d’une expérience de plusieurs années en lien avec la ou les maladie(s) neurodégénérative(s).

## Description du projet

**(Compléter les informations suivantes)**

## Identification de la personne responsable du projet

Nom :

Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Adresse mail :

## Territoires d’intervention de la plateforme

Département (s)

[ ] Ardennes (08)

[ ] Marne (51)

[ ] Bas-Rhin (67)

Zone géographique couverte détaillée par commune (s) :

## Analyse des besoins et ressources du territoire

***(Compléter ci-dessous, Texte libre) (Préciser le type de complémentarité avec d’autres partenaires)***

## Projet de service

## **(Incluant les modalités d’organisation et de fonctionnement, dont modalités d’accompagnement envisagées, prestations prévues en indiquant leur finalité, les lieux de prestations, les acteurs de la mise en place, le nombre de bénéficiaires, leur fréquence et les modalités d’évaluation, etc...)**

## Plan de communication

1. **Modalité de repérage du public cible**

1. **Actions envisagées à destination des professionnels et des proches aidants**

## Les partenariats déjà existants et envisagés et leurs modalités

## Tableau prévisionnel des effectifs (ETP et fonction)

***(Répartition en ETP du personnel salarié et leurs fonctions seront précisées)***

## Plan de formation prévisionnel pour les professionnels de la PFR

## Budget prévisionnel en année pleine (incluant la dotation, ainsi que les financements complémentaires prévisionnels)

## Plan des locaux (identification et surface de chaque pièce)

## Calendrier de la mise en œuvre