|  |
| --- |
| **FORMULAIRE DE RÉPONSE À L’APPEL À PROJETS :****Soutien à la mise en place d’une offre Education Thérapeutique (ETP) Asthme Enfant Adolescent** **Territoires Ciblés : Ardennes (Zi GHT1), Aube (Zi GHT3), Haute-Marne (Zi GHT4), Haut-Rhin (Zi GHT11)** *(Les réponses seront impérativement dactylographiées,* *les réponses manuscrites ne seront pas prises en compte)* |

**1. IDENTITÉ DU PORTEUR DE PROJET**

* **Structure porteuse du projet**

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale** |  |
| **Adresse** |  |
| **SIRET** |  |
| **SIRET du siège social** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Date de création** *(pas applicable aux établissements sanitaires)* |  |
| **Adresse** |  |
| **N° FINESS** *(si applicable)* |  |
| **Code APE** |  |
| **Site web** *(si existant)* |  |

* **Représentant légal de l’organisme**

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Prénom** |  |
| **NOM** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

* **Personne de contact opérationnel dans le cadre du projet**

*(si différente du représentant légal)*

|  |  |
| --- | --- |
| **Civilité** |  |
| **Prénom** |  |
| **NOM** |  |
| **Fonction** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

**2. DESCRIPTIF DU PROJET**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet***(court)* |  |
| **Territoire ciblé concerné** |  |
| **Date de début du projet** |  |
| **Période de réalisation envisagée***(18 mois maximum)* |  |
| **UTEP de référence du territoire** |  |

* **Objectif général du projet / résultat attendu**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

|  |
| --- |
|  |

* **Objectif(s) opérationnel(s) pour atteindre ce résultat**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

**3. MOYENS MIS EN ŒUVRE AU SEIN DE LA STRUCTURE PORTEUSE**

* **Moyens matériels :**

*(300 caractères maximum : infrastructure, matériel, supports mobilisés, etc.)*

|  |
| --- |
|  |

* **Equipe pluriprofessionnelle portant l’élaboration d’un programme ETP Asthme Enfant :**

*Les projets doivent s’inscrire dans une approche pluriprofessionnelle associant si possible un médecin pédiatre et/ou allergologue, un infirmier et/ou Puéricultrice et/ou IPA, un pharmacien, un masseur kinésithérapeute, un patient-expert ou une association de patients*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | ***Formation ETP*** | ***Formation à réaliser*** |
| ***Médecin*** |  |  |
| ***IDE, Puéricultrice, IPA*** |  |  |
| ***Pharmacien*** |  |  |
| ***Masseur kinésithérapeute*** |  |  |
| ***Patient Expert ou Association de Patients*** |  |  |
| ***Autre(s) personne(s) impliquée(s) : précisez*** |  |  |

**4. ACTIONS**

* **Description détaillée de l'action**

*(2000 caractères maximum – le rédactionnel au-delà de cette limite ne sera pas pris en compte)*

|  |
| --- |
|  |

* **Formations individuelles à l’éducation thérapeutique nécessaires pour le projet**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nom et Prénom** | **Profession** |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

* **Modalités de travail envisagées pour l’élaboration d’un programme d’éducation thérapeutique :**

|  |  |
| --- | --- |
| Réunions de Travail internes |  |
| Réunions de travail UTEP |  |
| Réunions de travail Plate-forme ETP |  |
| Réunions de travail avec des porteurs de programmes  |  |

* **Mesures d’évaluation des moyens et de l’atteinte des objectifs**

*(Compléter le tableau ci-dessous)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de moyens** | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** | **Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées)** |
| Nombre total de sessions de travail |  | CR des Réunions/liste de présence |  |
| Nombre total de formations individuelles à l’ETP |  | Listes des Professionnels Formés  |  |
|   |  |  |  |
|   |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Exemple : nombre de réunions préparatoires à la mise en place du projet* | *Exemple : réunions régulières en vue de tenir l’objectif d’ouverture du dispositif* | *Exemple : composition des participants aux réunions, régularité, comptes-rendus (cf. feuille d’émargement)* | *Exemple : personne en charge de la réalisation opérationnelle du projet* |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Indicateurs de résultats** | **Résultats attendus** | **Outils d’évaluation** | **Personne(s) en charge (fonctions et coordonnées)** |
| Programme ETP élaboré  | **Mise en place du programme prévue au plus tard le …. 2026** *(précisez la date)* | Déclaration auprès de l’ARS au plus tard 18 mois après le financement  |  |
|  |  |  |  |

**5. PLAN DE FINANCEMENT**

* **Montant sollicité auprès de l’ARS**

**Le financement ne peut comporter que : les frais liés à la formation à l’ETP (formation 40h) , les frais de déplacement et d’organisation de réunions de travail, un soutien administratif (sans dépasser 10 % du Budget demandé. Aucun autre frais de gestion du projet par l’établissement ou le porteur ne sera financé.**

|  |  |
| --- | --- |
| Montant total sollicité auprès de l’ARS sur la durée de réalisation du projet *(18 mois au maximum)* |  |

* **Co-financements *(si applicable)***

|  |  |
| --- | --- |
| **Co-financeurs** | **Montants** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*Le budget prévisionnel du projet doit être complété en annexe 1 du présent formulaire.*

**6. ATTESTATIONS SUR L’HONNEUR**

[ ]  **En cochant cette case, j’atteste sur l’honneur ne pas avoir présenté ce même projet dans le cadre d’une autre demande de subvention à l’ARS, que ce soit au niveau régional ou départemental (délégation territoriale).**

[ ]  **En cochant cette case, j’atteste sur l’honneur que les informations déclarées dans le dossier sont sincères et véritables et m’engage à rembourser les sommes indûment perçues en cas de non-respect de ces déclarations. Par ailleurs, je certifie ne pas aliéner sous quelque forme que ce soit, l’objet de la subvention.**

[ ]  **En cochant cette case, je m’engage à déclarer auprès de l’ARS GE le programme d’éducation thérapeutique élaboré grâce au soutien financier dans un délai de 18 mois maximum après l’accord donné au Projet par l’ARS Grand Est. Si, du fait de circonstances exceptionnelles, le délai de 18 mois ne pouvait être tenu, je m’engage à signaler toute difficulté au plus tôt à l’ARS GE.**

**7. PIÈCES JOINTES OBLIGATOIRES**

* **Pour tous les porteurs de projets, quel que soit leur statut juridique :**
* Le présent formulaire de réponse dument complété ;
* Le budget prévisionnel du projet présenté à l’équilibre, sur une année maximum *(cf. annexe 1)* ;
* Un relevé d’identité bancaire (RIB) à jour ;
* Les attestations sur l’honneur ;
* L’engagement du Président de la CPTS ou du Directeur de l’établissement de santé.

**(NB : l’ARS Grand Est peut demander toute pièce ou information complémentaire de manière à orienter sa décision).**

**Le présent formulaire accompagné de toutes les pièces jointes**

**peut être envoyé à l’adresse suivante, dès la publication de l’AAP. Les demandes seront examinées au fur et à mesure de la réception.**

**la date limite de réception des demandes de financement est fixée au 18 août 2025 17h**

**ARS-GRANDEST-POLITIQUE-MEDICO-SOIGNANTE@ars.sante.fr**

**ANNEXE N°1 : BUDGET PRÉVISIONNEL DU PROJET *(SUR TOUTE LA DUREE DU PROJET)***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |
| CHARGES DIRECTES |  | RESSOURCES DIRECTES  |  |
| **60 – Achats** |  | **70 – Vente de produits finis, de marchandises, prestations de services** |  |
| Prestations de services |  | **74- Subventions d’exploitation[2]** |  |
| Achats matières et fournitures |  | Etat : préciser le(s) ministère(s) sollicité(s) |  |
| Autres fournitures |  | * ARS
 |  |
| **61 - Services extérieurs** |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Locations  |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Entretien et réparation |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Assurance |  | * Autres (à préciser)
 |  |
| Documentation |  | Région(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | - Conseil régional … |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Département(s) :       |  |
| Frais de gestion |  | - Conseil départemental / CEA |  |
| Publicité, publication |  | Intercommunalité(s) : EPCI |  |
| Déplacements, missions |  | -       |  |
| Frais postaux et téléphone |  | Commune(s) :       |  |
| **63 - Impôts et taxes** |  | - CCAS… |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | Organismes sociaux (détailler) : |  |
| Autres impôts et taxes |  | - Régime Local d'Assurance Maladie  |  |
| **64- Charges de personnel** |  | - CAF, CARSAT, CPAM, Mutualité… |  |
| Rémunération des personnels |  | Fonds européens |  |
| Charges sociales |  |  |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
|  |  | Aides privées  |  |
| **65- Autres charges de gestion courante****(à préciser)** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières****(à préciser)** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles****(à préciser)** |  | **76 - Produits financiers****(à préciser)** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels****(à préciser)** |  |
| **68- Dotation aux amortissements****(à préciser)** |  | **78 – Reprises sur amortissements et provisions** |  |
| CHARGES INDIRECTES |  |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  | Ressources propres |  |
| **Autres**  |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** |  | **TOTAL DES PRODUITS** |  |
| CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES |  |  |  |
| **86- Emplois des contributions volontaires en nature** |  | **87 - Contributions volontaires en nature** |  |
| 860 Secours en nature |  | 870 Bénévolat |  |
| 861 Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | 871 Prestations en nature |  |
| 862 Prestations |  |  |  |
| 864 Personnel bénévole |  | 875 Dons en nature |  |
| **TOTAL (total des charges + compte 86)** |  | **TOTAL (total des produits + compte 87)** |  |
| **CHARGES** | **Montant**  | **PRODUITS** | **Montant**  |

