

**Année 2024**

**Appel à candidatures**

**PASA Pôle d’activités et de soins adaptés en EHPAD  
Dossier de candidature**

**Dossier de candidature**

**Direction de l’Autonomie**

**Département Parcours Personnes âgées**

**Année**

**L’identification du porteur de projet**

Nom de l’EHPAD, Adresse, N° FINESS ET :

Capacité installée en hébergement complet :

Capacité installée en hébergement temporaire :

Nombre de places en accueil de jour :

Capacité installée en unité protégée (unité Alzheimer) :

Date du dernier arrêté d’autorisation :

Date de la dernière convention tripartite/CPOM :

Dernier GMP validé et date validation :

Dernier PMP validé et date validation :

Nom et coordonnées téléphoniques et mail du Directeur, du Médecin Coordonnateur et de la personne responsable du dossier :

**Les objectifs du projet et les modalités de son inscription dans le projet d’établissement**

Un descriptif du projet mentionnant les modalités d’accompagnement et de soins, les moyens associés (humains et budgétaires) et l’environnement architectural :

o Organisation du personnel et formation (qualification et ETP)

o Modalités d’accueils et de fonctionnement (jours et horaires d’ouverture notamment)

o Les conditions architecturales (localisation géographique, surface, jardin, terrasse attenante, sécurisée en accès libre pour les résidents...) ; préciser les aménagements prévus, un plan des locaux

o Population accueillie et les critères d’admission

o Protocole d’admission et de sorties

o Les conditions d’association des familles

o Les activités organisées par le PASA

**Les partenariats développés dans le cadre du projet**

**Les modalités et un calendrier de mise en œuvre détaillée**

**Un budget prévisionnel**

