

Date limite**: 15 octobre 2021**

**Appel à candidature n° 2021- PFR PH**

**Pour la création de 10 plateformes d’accompagnement et de répit pour les aidants des personnes en situation de handicap**

**en région GRAND-EST**

**ANNEXE 2**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Ann**ée 2021**

**Direction de l’Autonomie**

🡺 Dossier à transmettre à l’adresse :

Direction Autonomie : ars-grandest-da-aap-aac@ars.sante.fr

**et**

Délégation territoriale des Ardennes : ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr

Délégation territoriale de l’Aube : ars-grandest-dt10-os@ars.sante.fr

Délégation territoriale de la Marne : ars-grandest-dt51-osms@ars.sante.fr

Délégation territoriale de Haute Marne : ars-grandest-dt52-os@ars.sante.fr

Délégation territoriale de Meurthe et Moselle : ars-grandest-dt54-medico-social@ars.sante.fr

Délégation territoriale de la Meuse : ars-grandest-dt55-medico-social@ars.sante.fr

Délégation territoriale de Moselle : ars-grandest-dt57-delegue@ars.sante.fr

Délégation territoriale du Bas Rhin : ars-grandest-dt67-autonomie@ars.sante.fr

Délégation territoriale du Haut Rhin : ars-grandest-dt68-autonomie@ars.sante.fr

Délégation territoriale des Vosges : ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr

🡺Date limite**: 15 octobre 2021**

***Porteur du projet :***

1. **Identification du candidat**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’ESMS support** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse**  |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Nom, prénom, fonction du représentant légal**  |  |
| **Coordonnées mail et téléphonique du porteur:** |  |
| **Personne à contacter dans le cadre de l’AAC (Précisez Nom, fonction, coordonnées mail et téléphonique)** |  |

1. **ESMS Support**

**Nombre total de places :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de places fonctionnant en accueil temporaire**(préciser par type d’accueil : accueil de jour/de nuit/ hébergement temporaire) | **Projet de service spécifique** | **Personnels dédiés** | **Locaux indépendants** |
|  | OUI/ NON | OUI/ NON | OUI/ NON |

1. **Public cible**

|  |
| --- |
| Quels sont les profils des personnes visées dans le cadre de ce projet ? *(Préciser les types de handicap, identification de besoins prioritaires,…)* Objectif du service rendu, modalités d’organisation, horaires d’ouverture au public, descriptif des actions individuelles et collectives mises en œuvre  |

1. **Organisation et fonctionnement**

|  |
| --- |
| Descriptif général du projet de service, objectifs généraux et /ou spécifiques, modalités d’organisation, horaires d’ouverture au public, descriptif des actions et prestations individuelles et collectives, résultats attendus, modalités de participation des aidants au projet et tout autre élément d’information utile. |

1. **Les ressources humaines**

|  |
| --- |
| Organigramme et composition de l’équipe de PFR PH (plan de formation, qualifications, nombre d’ETP, organisation du temps de travail, etc…) |

1. **Locaux, implantation géographique :**

|  |
| --- |
| Description des locaux, leur accessibilité, moyens de communication, itinérance…: |

1. **Partenariats et coopérations**

|  |
| --- |
| Description des partenariats, de leur nature et de leur formalisation |

1. **Calendrier de mise en œuvre**

|  |
| --- |
| Modalités de mise en œuvre du projet ? *(Détailler le calendrier avec différentes phases de mise en œuvre du projet )* |

1. **Modalités d’évaluation et de suivi**

|  |
| --- |
| Description des modalités d’évaluation de la qualité du service rendu aux bénéficiaires |