

**Direction de l’Autonomie – Département Parcours Personnes Âgées**

**Pôle d’activités et de soins adaptés (PASA) en EHPAD**

**2022**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

Table des matières

[I. PRÉSENTATION DU DEMANDEUR 3](#_Toc104206119)

[1.1. IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE 3](#_Toc104206120)

[1.2. IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL 3](#_Toc104206121)

[1.3. IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal) 4](#_Toc104206122)

[II. PRÉSENTATION DU PROJET 4](#_Toc104206123)

[III. PIÈCES À JOINDRE 6](#_Toc104206124)

[IV. ATTESTATION SUR L’HONNEUR 7](#_Toc104206125)

# PRÉSENTATION DU DEMANDEUR

## IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom de la structure du porteur :

Commune d’implantation :

N° FINESS géographique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° FINESS juridique : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

N° SIRET : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I

Code APE :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Adresse de correspondance, si différente :

Code postal :

Commune :

Téléphone :

Courriel :

Capacité d’installation en hébergement permanent :

Capacité d’installation en hébergement temporaire :

Nombre de places en accueil de jour :

Capacité installée en unité protégée (unité Alzheimer) :

Dernier GMP validé et date de validation :

Dernier PMP validé et date de validation :

Date du dernier arrêté d’autorisation :

Date de la dernière convention tripartite / CPOM :

## IDENTIFICATION DU REPRÉSENTANT LÉGAL

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU PRÉSENT DOSSIER (si différente du représentant légal)

Prénom :

Nom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

# PRÉSENTATION DU PROJET

**LES OBJECTIFS DU PROJET**

*Décrire notamment quelles sont vos motivations à réaliser ce projet*

**LES MODALITÉS D’INSCRIPTION DANS LE PROJET D’ÉTABLISSEMENT**

**LE DESCRIPTIF DU PROJET**

*Décrire les modalités d’accompagnement et de soins, nombre de places, les moyens associés (humains et budgétaires)*

**LE PERSONNEL**

*Décrire l’organisation du personnel, nombre d’ETP, qualification et formations suivies ou prévues*

**LES MODALITÉS D’ACCUEIL ET DE FONCTIONNEMENT**

*Modalités d’accueil, jours et horaires d’ouverture*

**LES CONDITIONS ARCHITECTURALES**

*Localisation géographique, l’environnement architectural, surface, jardin / terrasse attenante sécurisé(e) en accès libre pour les résidents, aménagements prévus, plan des locaux*

**POPULATION ACCUEILLIE ET LES CRITÈRES D’ADMISSION**

**PROTOCOLES D’ADMISSION ET DE SORTIE**

**LES ACTIVITÉS ORGANISÉES PAR LE PASA**

*Les partenariats développés dans le cadre du projet, les modalités et calendrier de mise en œuvre détaillé(e)s*

**LES CONDITIONS D’ASSOCIATION DES FAMILLES ET DU CONSEIL DE LA VIE SOCIALE**

# PIÈCES À JOINDRE

Le dossier de candidature doit comporter

* Les pièces permettant d’attester des modes de collaboration avec les organismes partenaires, des modalités des partenariats formalisés, de l’ancrage du porteur du projet dans le tissu national et/ou local.
* Un relevé d’identité bancaire ;
* Les statuts signés et datés (pour les établissements sous statuts associatifs) ;
* La convention de partenariat si plusieurs EHPAD sont concernés par le projet.

# ATTESTATION SUR L’HONNEUR

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou non) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), *(Prénom Nom)* ………………………………………………………………………………………………………..

Représentant(e) légal(e) de la structure …………………………………………………………………………………………… :

* S’engage à mettre en œuvre le projet conformément aux informations contenues dans le présent cahier des charges ;
* S’engage à répondre à l’évaluation, et à ses demandes ultérieures de participation à des enquêtes relatives à l’impact de l’action ;
* Demande une subvention de : ………… €

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.