

**Appel à manifestation d’intérêt**

**« Réponses nouvelles et transformation de l’offre médico-sociale en faveur de la prévention des départs non souhaités de personnes adultes en situation de handicap**

**vers la Belgique »**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**2020**

Date limite**: 9 octobre 2020**

**Direction de l’Autonomie**

🡺 Dossier à transmettre à l’adresse :

Direction Autonomie : [ars-grandest-da-aap-aac@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-da-aap-aac@ars.sante.fr)

**et**

Délégation territoriale des Ardennes : [ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt08-posa@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de l’Aube : [ars-grandest-dt10-os@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt10-os@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de la Marne : [ars-grandest-dt51-osms@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt51-osms@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de Haute Marne : [ars-grandest-dt52-os@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt52-os@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de Meurthe et Moselle : [ars-grandest-dt54-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt54-medico-social@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de la Meuse : [ars-grandest-dt55-medico-social@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt55-medico-social@ars.sante.fr)

Délégation territoriale de Moselle : [ars-grandest-dt57-delegue@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt57-delegue@ars.sante.fr)

Délégation territoriale du Bas Rhin : [ars-grandest-dt67-autonomie@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt67-autonomie@ars.sante.fr)

Délégation territoriale du Haut Rhin : [ars-grandest-dt68-autonomie@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt68-autonomie@ars.sante.fr)

Délégation territoriale des Vosges : [ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr](mailto:ars-grandest-dt88-animation-territoriale@ars.sante.fr)

🡺Date limite**: 9 octobre 2020**

**TITRE DU PROJET**

1. **IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

NOM DU PORTEUR DE PROJET :

STATUT DU PORTEUR (association, fondation, privé lucratif, public,…) / RAISON SOCIALE :

ADRESSE POSTALE DU PORTEUR DU PROJET :

COORDONNEES MAIL ET TELEPHONIQUE DU PORTEUR DE PROJET :

N° FINESS JURIDIQUE :

N° FINESS GEOGRAPHIQUE :

SIRET DU PORTEUR DE PROJET :

PERSONNE A CONTACTER DANS LE CADRE DE L’AMI (Précisez Nom, fonction, coordonnées mail et téléphonique) :

NOM ET ADRESSE DE CHACUNE DES STRUCTURES GEREES PAR LE PORTEUR :

1. **PUBLIC VISE**

Quels sont les profils des personnes visées par ce projet ?

Précisez le nombre de personnes concernées, la file active prévisionnelle

1. **Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet**

*Décrivez le contexte ayant conduit à l’expression du besoin. Listez et détaillez les différents éléments déclencheurs qui ont permis d’aboutir à la construction du projet.*

Contexte, constats et besoins identifiés et documentés ayant conduit à la proposition de projet.

Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?

Quels sont les freins et les leviers dont tient compte le projet ?

Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?

1. **Objet et finalité du projet**

*Description de l’enjeu et du contenu du projet en répondant aux questions suivantes :*

Quels sont les objectifs du projet? (décrire le caractère innovant du projet, les objectifs stratégiques/opérationnels, les enjeux en termes de diversification des réponses et de transformation de l’offre médico-sociale) ?

*Ces objectifs doivent être définis le plus précisément et explicitement que possible.*

En quoi consiste le projet ? (actions mises en œuvre notamment)

Localisation du projet

Partenariats (sanitaires dont psychiatrie, autres partenariats)

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Entité juridique et/ou statut; Adresse | Périmètre d’intervention  (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…) | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone | Nature du partenariat  ou de la participation  au projet (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser,…) Préciser les coopérations existantes |
| Partenaire(s) du projet : Renseignez 1 ligne par partenariat |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **Impacts attendus à court et moyen terme du projet**

*Description des impacts prévus en termes :*

de réduction du nombre de départs en Belgique et de réduction des jeunes maintenus en IME au titre de l’amendement creton

d’amélioration du service rendu pour les usagers (personnes, aidants) et de l’accompagnement pour les adultes en situation de handicap

d’organisation et de pratiques professionnelles pour les professionnels et les établissements ou services

d’efficience pour les dépenses de santé

De bénéfices identifiés / coûts évités / économies potentielles / etc.

1. **Impact sur les autorisations existantes**

Etat des lieux des autorisations pour le ou chacun des établissements et services concernés (type, capacité, agrément, titulaire)

Schéma cible des autorisations après transformation de l’offre (type, capacité, agrément, titulaire)

Capacité actuelle installée (pour le ou chacun des établissements et services concernés)

Capacité future demandée (pour le ou chacun des établissements et services concernés)

soit une évolution de (+ / - nb de places)

1. **CALENDRIER DE MISE EN OEUVRE**

Date de mise en service et rétroplanning *(identifiant clairement les différentes phases de mise en œuvre et la date de début de l’activité)*

Existe-t-il des prérequis spécifiques pour lancer ce projet (ex : formations, système d’information) ? SI OUI LESQUELS ?

Description du projet immobilier (terrain, durée des travaux, etc.)

Travaux prévus : oui / non

Si oui : durée des travaux :………………………………………… Terrain disponible : oui / non

Précisez l’adresse

1. **BUDGET PREVISIONNEL**

Coût total du projet (budget de fonctionnement en année pleine) :

-Dont moyens nouveaux sollicités :

-Dont moyens redéployés :

Co-financements proposés dans le cadre de ce projet: oui / non

-Si oui, financeur identifié :

-montant prévu/alloué :

Cout investissement prévu :

Aide à l’investissement sollicitée :

**BUDGET PREVISIONNEL**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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** |  | * Préfecture |  |
| Locations |  | * Cohésion sociale – Jeunesse Sport |  |
| Entretien et réparation |  | * Agriculture |  |
| Assurance |  | * Autres (à préciser) |  |
| Documentation |  | Région(s) : |  |
| **62 - Autres services extérieurs** |  | - Conseil régional … |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Département(s) : |  |
| Frais de gestion |  | - Conseil général … |  |
| 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 |  | L'agence de services et de paiement (ex-CNASEA -emplois aidés) |  |
| Autres charges de personnel |  | Autres établissements publics |  |
|  |  | Aides privées |  |
| **65- Autres charges de gestion courante** |  | **75 - Autres produits de gestion courante** |  |
| **66- Charges financières** |  | Dont cotisations, dons manuels ou legs |  |
| **67- Charges exceptionnelles** |  | **76 - Produits financiers** |  |
|  |  | **77 - Produits exceptionnels** |  |
| **68- Dotation aux amortissements** |  | **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** |

