**RENFORT EMPP (Équipes Mobiles Psychiatrie Précarité) – AAP 01/06/2021 / 01/09/2021**

|  |  |
| --- | --- |
| **N° FINESS** |  |
| **Nom du CHS** |  |
| **Adresse** |  |
| **Personne référente pour toute question complémentaire + courriel** |  |
| **Composition de l’EMPP actuelle (poste et quotité)** |  |
| **Territoire d’intervention actuel de l’EMPP** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé de la demande** |  |
| **Objectifs** |  |
| **Justification de la demande (contexte ou problématique particulière. Etayer au maximum l’action par des chiffres, constats, diagnostics locaux)** |  |
| **Actions mises en œuvre pour atteindre l’objectif** |  |
| **Public cible** |  |
| **Territoire de mise en œuvre de l’action (secteur, département…)** |  |
| **Partenaires ( SIAO, structures sociales, sanitaires, médico-sociales…)** |  |
| **Calendrier prévisionnel de mise en œuvre** |  |
| **Budget – à justifier** |  |
| **Lien avec le PTSM/CLSM** |  |