





|  |
| --- |
| **APPEL A CANDIDATURE EHPAD - ANNEE 2020**  **DOSSIER DE CANDIDATURE** |
| **MISE EN PLACE D'UN PROGRAMME TERRITORIAL D'ACTIONS EN FAVEUR**  **DE LA PREVENTION DE LA PERTE D'AUTONOMIE EN EHPAD**  **SUR LE TERRITOIRE DE LA LOZERE** |
| **Conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie (CFPPA) de la Lozère**  **&**  **Agence Régionale de la Santé Occitanie** |

**Cet appel à candidature s'inscrit dans la limite des crédits annuels disponibles alloués par la Caisse Nationale pour l'Autonomie (CNSA) et mobilisables**

**au titre de la prévention en EHPAD**

****

****

|  |
| --- |
| **INFORMATIONS PRATIQUES** |

**Le dossier complet devra être transmis au plus tard le 24 juillet 2020 à 12h00 sous format électronique.**

**L'objet du courriel doit être renseigné comme suit : AAC/Prévention 2020/ EHPAD**

**L'envoi de chaque dossier est à adresser obligatoirement aux deux courriels suivants :**

[**cfppa@lozere.fr**](mailto:cfppa@lozere.fr)

[**ars-oc-dd48-osa@ars.sante.fr**](mailto:ars-oc-dd48-osa@ars.sante.fr)

**Chaque envoi fera l'objet d'un accusé de réception par retour de courriel de la CFPPA.**

|  |
| --- |
| **PRESENTATION DU CANDIDAT** |

**Identification :**

**Nom : ………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Statut juridique : …………………………………………………………………………………………………………………….…..**

**Caractéristiques de l'établissement :**

**Nombre total de places en hébergement dont :**

**- accueil permanent : …………………………………………………………………………………………………………………..**

**- accueil de jour : …………………………………………………………………………………………………………………………**

**- accueil temporaire : …………………………………………………………………………………………………………………..**

**Adresse établissement : ………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU REPRESENTANT LEGAL** |

**Nom / Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Fonction : …………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DE LA PERSONNE EN CHARGE DU PROJET DANS L’ETABLISSEMENT (Référent)** |

**Nom / Prénom : ………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Fonction : …………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Courriel : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..**

|  |
| --- |
| **PRESENTATION DE L'ACTION** |

Pour toute action, il est demandé au candidat de donner tous les arguments et renseignements qui peuvent montrer la pertinence du projet.

Il peut également être joint, au besoin, un descriptif plus détaillé de l'action envisagée dans une note à part.

**Intitulé de l'action : ……………………………………………………………………………………………………………………..**

* **santé bucco-dentaire**
* **activité physique et sportive adaptées**
* **alimentation / nutrition**
* **troubles du comportement, prévention de la souffrance psychique et du risque suicidaire**
* **restauration du lien social et participation à la vie de la cité**
* **Soutien psychologique**
* **autre (préciser) :……………………………………………………………………………………………………………….**

**Justification du choix de la thématique et éléments de diagnostic / contexte (besoins identifiés) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………………...…………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**......................................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**......................................................................................................................................................**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**......................................................................................................................................................**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………Description et objectifs spécifiques de l'action :**

**Type d'activités développées :**

* **information à destination des résidents (animation, sensibilisation)**
* **ateliers**
* **conférence**
* **information, sensibilisation et formation du personnel**
* **autre (préciser) : ………………………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**Public visé par l'action :**

Si l'action proposée est ouverte à un public mixte, c'est-à-dire un groupe composé à la fois de résidents en EHPAD et de personnes âgées vivant à domicile, le porteur doit préciser :

- la répartition du public (exemple : pour un groupe de 20 personnes, il y a 5 personnes âgées vivant à domicile et 15 résidents d'EHPAD)

- la méthode de repérage des personnes âgées vivant à domicile

**Nombre de bénéficiaires touchés / potentiels : …………………………………………………………………………..**

**dont nombre de résidents EHPAD : ……………………………………………………………………………………………..**

**nombre de personnes âgées de + de 60 ans vivant à domicile : …………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Stratégie de mobilisation du public**: **………………………………………………………………………………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Description détaillée de l'action :**

**Périodicité de l'action**(ex : 1 fois par semaine, tous les lundis matin)**:**

**…………………………………………………………………………………………………………………………………………………...**

**......................................................................................................................................................**

**Date de démarrage et durée de l’action :** …………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Calendrier prévisionnel (démarrage avant la fin d’année 2020)**: …………………………………………………

…………………………………………………………………………………………………………………………..………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………...

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Lieu de réalisation : ……………………………………………………………………………………………………………………..**

**Ressources et Moyens humains utilisés :**

**Équipements, matériels, locaux: ………………………………………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………….………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Moyens humains internes en ETP (profil des professionnels (ex ; psychologue, éducateur APA,…) et diplômes des participants)  : ……………………………………………………………………………………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………….**

**……………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Moyens humains externes en ETP (profil des professionnels (ex ; psychologue, éducateur APA,…) et diplômes des participants)   : …………………………………………………………………………………………………..**

**…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………**

**…………………………………………………………………………………………………………………………….………………………**

**Partenaires / contributeurs :**

**autres établissements, partenaires en cas d'action inter-établissements** (joindre les lettres d’accord) **:** **………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**

**Partenaires, acteurs** (ex : intervenants, prestataires extérieurs) : ……………………………………………………

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Partenaires ressources** (ex : SSIAD, SAAD, CCAS, Conseil départemental, communauté de communes, résidences autonomies, ….) : **………………………………………………………………………...............**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Partenaires informés** (ex : partenaires locaux) : **…………………………………………………………………………..**

**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….**

**Coût et financement de l'action :** (coût total de l'action en € en faisant apparaître les différents financeurs et le montant de leur contribution)

En cas d'action mixte, c'est-à-dire à destination des résidents d'EHPAD et ouverte aux personnes âgées vivant à domicile, le montant de l'action devra être proratisé selon la catégorie de population concernée.

Coût total du projet : …………………………………………………………………………………………………………………….

à destination des résidents :…………………………………………………………………………………………………..

à destination des personnes âgées vivant à domicile : …………………………………………………………..

Montant de l'aide financière demandée à l'ARS/CFPPA 48 : ………………………………………………………….

Part d'auto-financement : ……………………………………………………………………………………………………………..

Part de co-financement : ……………………………………………………………………………………………………………..

**Evaluation et suites**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Objectifs | Indicateurs (qualitatif / quantitatif) | Outils d’évaluation envisagés (questionnaires ; listing…) |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Suites envisagées du projet**:………………………………………………………………………………………………………...

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

|  |
| --- |
| **BUDGET DE L’ACTION** |

Le candidat doit présenter un budget prévisionnel de l’action envisagée.

Compléter le budget prévisionnel TTC joint au dossier de candidature, ainsi que les devis s’y référant.

Les devis (achats et matériels, prestataires extérieurs,…) et le montage financier seront détaillés.

|  |
| --- |
| **BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Budget de l'action** | | | |
| **Charges** | **Montant**  **en €** | **Produits** | **Montant** |
| **Charges directes** | | **Ressources directes** | |
| **60 - Achats** | **0** | **70 – Rémunération des services** | **0** |
| Prestations de services |  | Rémunération pour prestations de services |  |
| Achats matières et de fournitures |  | Participation des usagers |  |
| Autres fournitures |  | Autres (à préciser) |  |
| **61 - Services externes** | **0** | **74- Subventions** | **0** |
| Locations immobilières et mobilières |  | État: (précisez le(s) ministère(s)  sollicité(s) |  |
| Entretien et réparation |  | CNSA (à détailler) |  |
| Assurance |  | Région(s): |  |
| Documentation |  | ARS : |  |
| Autres |  | CFPPA : |  |
|  |  | Communes(s) : |  |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **62 - Autres services externes** | **0** | -Organismes sociaux : (à détailler) |  |
| Rémunérations intermédiaires et honoraires |  | Fonds européens |  |
| Publicités et publications |  | ASP (emplois aidés) |  |
| Déplacements et missions |  | Autres établissements publics |  |
| Services bancaires, autres |  | Aides privées |  |
|  |  | Autres (à préciser) |  |
| **63 - Impôts et taxes** | **0** | -**Autres produits de gestion courante** |  |
| Impôts et taxes sur rémunération, |  | Cotisations des adhérents |  |
| Autres impôts et taxes |  | Autres (à préciser) |  |
| **64- Frais du personnel** | **0** |  |  |
| Rémunération des personnels |  | **76 - Produits financiers** | **0** |
| Charges sociales |  | (préciser) |  |
| Autres charges de personnel |  |  |  |
| **65- Autres charges de gestion** | **0** | **77 - Produits exceptionnels** | **0** |
| (préciser) |  | (préciser) |  |
| **66- Charges financières** | **0 €** |  |  |
| (préciser) |  |  |  |
| **67- Charges exceptionnelles** | **0** | **78 – Reprises** | **0** |
| (préciser) |  | Reprise sur amortissement |  |
| **68- Dotation aux amortissements**  **et aux provisions** | **0** | Reprise sur provision |  |
| (préciser) |  |  |  |
| **CHARGES** | **0** | **PRODUITS** | **0** |
| **CHARGES INDIRECTES** | |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** | | | |
| **86- Emplois des contributions**  **volontaires en nature** | **0** | **87 - Contributions volontaires**  **en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| Personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

|  |
| --- |
| **PIECES A JOINDRE** |

* le dossier de candidature, complété, daté et signé par le représentant légal
* l'identification du ou des prestataire(s) externe(s) retenu(s) ou envisagé(s) si déjà identifié(s)
* le budget prévisionnel de l'action, équilibré en dépenses et en recettes
* tout devis justifiant du budget prévisionnel
* l'attestation sur l'honneur dûment complétée et signée
* un relevé d'identité bancaire au format BIC/IBAN

|  |
| --- |
| **DECLARATION SUR L'HONNEUR** |

**Je soussigné (e)** (nom prénom) **……………………………………………………………………….….**

**représentant légal de l'organisme …….………………………………………………………………….**

**…………………………………………………………………………………………………………………..**

- certifieque l'organisme est régulièrement déclaré,

- certifie que l'organisme est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants,

- certifie exactes et sincères les informations au présent dossier, notamment la mention de l'ensemble des demandes de participations déposées auprès d'autres financeurs publics ainsi que l'approbation du budget par les instances statutaires,

- demande de participation de : ………………………………...€,

- précise que cette participation, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire de l'organisme :

Nom du titulaire du compte : ……………………………………………………………………….

Banque : ………………………………………………………………………………………………

Domiciliation : ………………………………………………………………………………………..

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Code banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB |
|  |  |  |  |

**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'établissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.**