Mac:Users:xavier.hasendahl:Desktop:ELEMENTS TEMPLATES SIG:LOGOS:REPUBLIQUE_FRANCAISE:eps:Republique_Francaise_CMJN.eps******

APPEL A CANDIDATURE

Création de 6 Equipes Spécialisées Maladies Neuro-dégénératives (MND)

Date limite : 30/06/2025

Contact : ars-reunion-aap-aac-ami@ars.sante.fr

**ANNEXE 3 - DOSSIER DE CANDIDATURE**

* **2 ESA NORD**
* **1 ESA EST**
* **2 ESA SUD**
* **1 ESA OUEST**

**Cocher le dispositif ES MND projeté.**

# PRÉSENTATION DU DEMANDEUR

## Identification de la structure

Nom de la structure du porteur :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Adresse de correspondance, si différente :

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 :

## Identification du représentant légal

Nom-Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

## Identification de la personne chargée du dossier

Nom-Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Courriel :

# ETAT DES LIEUX

* 1. **Présentation et expérience du porteur, connaissance du territoire et du public cible**
  2. **Identification des enjeux et des besoins**

# PRÉSENTATION DU PROJET

* 1. **Les objectifs**

*Décrire notamment vos motivations à réaliser ce projet.*

* 1. **Les modalités d’inscription dans le projet d’établissement**

*Décrire notamment les modalités d’interaction entre les professionnels de soins, des SSIAD et les professionnels dédiés à la mission ES MND.*

* 1. **Le choix du modèle organisationnel**

*Décrire les modalités organisationnelles proposées pour la mise en œuvre des soins de réhabilitation. Présenter les modalités d’animation et de pilotage du dispositif.*

*Présenter les ressources humaines disponibles propre au dispositif (tableau synthétique des effectifs par volet, missions, besoins de formations …).*

* 1. **Les partenariats existants et envisagés**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Type de la structure partenaire (SSIAD, SAD, Hôpital…) | Nom de la structure | Type d’intervention / missions | Etat du partenariat (existant, envisagé) | Partenaire faisant l’objet d’une convention obligatoire  Oui/ Non | Engagements Oui/ Non  Si oui, préciser lettre d’intention, convention… |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

* 1. **La cartographie des acteurs, des services et de l’offre**

*Indiquer la zone géographique ou territoire de réalisation du projet.*

* 1. **Les publics concernés, les modalités d’admission et de sortie du dispositif**

*Préciser les modalités de repérage et d’association des publics cibles (personnes âgées bénéficiaires, …). Indiquer la procédure d’admission dans le dispositif, les critères d’inclusion et d’exclusion du public et la procédure de sortie du dispositif.*

* 1. **Les outils existants de partage d’information entre les acteurs**
  2. **Les modalités de mise en œuvre opérationnelle et le calendrier prévisionnel**

*Décrire les différents jalons du projet, des rencontres nécessaires, des outils complémentaires à développer, des modifications de l’organisation interne…*

# DESCRIPTIF DETAILLE DES ACTIONS DE REHABILITATION

*Pour chacune des actions mises en œuvre, détailler et renseigner l’objectif, la description de l’action, l’identification des acteurs, les résultats attendus, le calendrier de déploiement et indicateurs de suivi.*

# PIÈCES À JOINDRE

* Le dossier de candidature doit comporter les pièces permettant d’attester les modes de collaboration avec les organismes partenaires, les modalités des partenariats formalisés, de l’ancrage du porteur du projet dans le tissu national et/ou local.
* Un budget prévisionnel détaillé
* Un relevé d’identité bancaire
* Les statuts signés et datés (pour les établissements sous statuts associatifs)

# 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.