

**ANNEXE 1**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**CREATION DE PLACES D’HEBERGEMENT TEMPORAIRE POUR PERSONNES AGEES**

**1- PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| Etablissement concerné  Nom :  Adresse :  CP-Ville :  N° FINESS : |

|  |
| --- |
| Organisme gestionnaire  Nom :  Adresse :  CP-Ville :  N° FINESS : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacité de fonctionnement** | **Capacité autorisée**  ***(Nombre de places)*** | **Capacité installée**  ***(Nombre de places)*** |
| Hébergement permanent (tout public)  - Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées  - Dont places en pôles d’activités et de soins adaptés | \_\_\_ places HP  \_\_\_ places Alzheimer  \_\_\_ places PASA | \_\_\_ places HP  \_\_\_ places Alzheimer  \_\_\_ places PASA |
| Hébergement temporaire (tout public)  Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées | \_\_\_ places HT  \_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places HT  \_\_\_ places Alzheimer |
| Accueil de jour (tout public)  Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées | \_\_\_ places AJ  \_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places AJ  \_\_\_ places Alzheimer |
| Accueil de nuit (tout public)  Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées | \_\_\_ places AN  \_\_\_ places Alzheimer | \_\_\_ places AN  \_\_\_ places Alzheimer |
| **TOTAL (tout public)**  **Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées** | **\_\_\_ places**  **\_\_\_ places Alzheimer** | **\_\_\_ places**  **\_\_\_ places Alzheimer** |
| Date du dernier arrêté d’autorisation fixant la capacité globale | | jj/mm/aa |

|  |  |
| --- | --- |
| **Contractualisation** | |
| Dernier GMP | Validé le |
| Dernier PMP | Validé le |
| Date du Dernier arrêté d’autorisation |  |
| Option tarifaire |  |

|  |
| --- |
| **Capacité d’hébergement temporaire sollicitée** : \_\_\_ (nombre de places) |

|  |  |
| --- | --- |
| **Personne référente du dossier**  **(Nom et fonction)** |  |
| **Téléphone** |  |
| **Courriel** |  |

**2- OPPORTUNITE ET MOTIVATION DE LA DEMANDE**

1. **Présentation de la demande**
2. **Opportunité du projet au regard des besoins identifiés sur le territoire**
3. **Objectifs poursuivis au regard de l’inscription du projet d’hébergement temporaire dans le projet global de l’EHPAD**

**3- PROJET D’HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

1. **Cible du public accompagné**
2. **Modalités de fonctionnement**

*Nombre de jours d’ouverture de l’HT sur l’année / Si < 365 jours, périodes de fermeture du service / Plafond de fréquentation sur l’année pour un accueilli / Plancher de durée de séjour pour un accueilli*

1. **Lignes directrices du projet d’hébergement temporaire**

*Présenter les modalités d’élaboration, d’actualisation et de diffusion de ce projet auprès des usagers, des personnels et des partenaires. Préciser en quoi ce projet (d’HT) est distinct des modalités d’accompagnement mises en place pour les résidents accueillis à titre permanent.*

|  |
| --- |
|  |

**4- MODALITES DE PRISE EN CHARGE**

1. **Admission et accueil**

*Préciser les critères d’admission et les critères d’exclusion*

*Détailler la procédure d’admission : usagers, coordination avec le médecin traitant, liens avec les intervenants extérieurs, le DAC-PTA…*

*Indiquer les modalités de planification des séjours (programmés, non programmés)*

1. **Retour, fin d’accompagnement et sortie : critères et procédure de sortie**
2. **Accompagnement et soins adaptés**

*Préciser le mode d’élaboration, d’évaluation, de coordination et du suivi du projet personnalisé d’accompagnement en interne et avec les partenaires extérieurs*

*Indiquer les modalités de constitution et de gestion du dossier*

1. **Prévention et éducation à la santé**

*Préciser les actions de prévention et d’éducation à la santé mises en place par l’HT (alimentation, chutes, hygiène bucco-dentaire …)*

1. **Droits des usagers**

*Préciser les modalités de recherche du consentement de la personne*

*Préciser les modalités de participation de la famille et de l’entourage*

1. **Actions en faveur des aidants**

**5- COOPERATIONS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Partenaires** | **Identification** | **Convention**  **Existante** | **Convention**  **A signer** | **Modalités opérationnelles de coopérations au titre de l’HT** |
| Service d’aide et d’accompagnement à domicile |  |  |  |  |
| Service de soins à domicile |  |  |  |  |
| SPASAD |  |  |  |  |
| ESA |  |  |  |  |
| AJ |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |  |
| EHPAD / RA |  |  |  |  |
| Court séjour gériatrique/hôpital de jour |  |  |  |  |
| SSR / unité cognitivo-comportementale (UCC) |  |  |  |  |
| Consultations mémoires / consultations libérales |  |  |  |  |
| Service de neurologie |  |  |  |  |
| Associations spécialisées |  |  |  |  |
| DAC/PTA |  |  |  |  |
| Equipes médico-sociales APA : référents autonomie |  |  |  |  |
| Autres |  |  |  |  |

*Commentaires :*

**6- PERSONNEL DE L’HEBERGEMENT TEMPORAIRE**

* Organigramme prévisionnel (à joindre) et tableau des effectifs

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **ETP** | **ETP dédiés à l’HT** | **ETP dédiés aux autres modalités d’accueil** | **ETP totaux** | **Modalités de recrutement (création /redéploiement)** |
| Direction |  |  |  |  |
| Administration |  |  |  |  |
| Service généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |  |
| Animation /service social |  |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |  |
| ASG |  |  |  |  |
| IDE |  |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |  |
| Autres personnels paramédicaux : |  |  |  |  |

*Commentaires et identification du référent en charge de l’HT :*

*Formations des personnels intervenant au sein de l’HT*

*Soutien du personnel : dispositifs prévus pour accompagner le personnel dans ses missions*

**7- LOCAUX**

Descriptif des locaux d’activité : joindre un plan des locaux avec l’indication de leur fonction, leur surface, leur équipement et mobilier. Le gestionnaire devra présenter l’ensemble des éléments financiers et budgétaires (y compris un programme pluriannuel d’investissement, PPI), en cas de travaux à réaliser.

Préciser la typologie d’implantation :

* Places regroupées dans une unité de vie dédiée autonome ;
* Places regroupées dans une unité d’hébergement non dédiée ;
* Places regroupées au sein d’une unité protégée ;
* Places disséminées dans l’EHPAD ;
* Autre, à préciser.

**8- COMMUNICATION**

*Préciser les modalités de communication prévues pour faire connaître le projet d’HT auprès des partenaires et des usagers*

**9- EQUILIBRE ECONOMIQUE**

*Expliquer les conditions qui garantissent l’équilibre économique du projet d’extension (travaux, dotations financières, activité, etc.). Un EPRD en année pleine après ouverture doit être joint au dossier en distinguant les mesures nouvelles liées à l’extension ainsi que le tarif journalier identifier pour les places d’HT.*

|  |
| --- |
|  |