

 **A adresser à votre délégation départementale**

**FICHE PLATEFORME DE REPIT – « TEMPS LIBERE »**

**Rappel :**

Conformément à la fiche 8b du kit Stratégie de prise en charge des personnes âgées - déconfinement à l’attention des ESMS pour personnes âgées, et afin de préparer au mieux le déconfinement progressif et la prise en compte des aidants, l’ARS encourage les plateformes de répit existantes à développer au maximum et dès que possible la mission de « temps libéré ». Les PFR pourront ainsi orienter leur action sur cet axe particulier.

Le « temps libéré » doit s’entendre différemment du « relayage » dont l’action s’étale sur 24 heures minimum. Le « temps libéré » doit permettre aux aidants de prendre du repos en toute tranquillité durant une à quatre heures maximum en fonction de leurs besoins.

Le public cible sera :

\* les aidants seront la priorité dans ce dispositif : le but est de leur offrir du temps libéré. Les critères d’admission seront donc axés sur la situation des aidants à travers une évaluation claire et précise de leurs degrés d’épuisement et de fragilité ;

\* ET les personnes âgées dépendantes classées du GIR 1 à 4 et souffrant de troubles cognitifs.

Les PFR interviendront sur leur territoire habituel.

**A travers cette fiche, le porteur s’engage à respecter l’objectif, la mission, les modalités de mise en œuvre et les conditions d’organisations de la présente expérimentation.**

**Une évaluation des actions menées sera initiée par l’ARS. Le porteur veillera à transmettre l’ensemble des justificatifs sollicités.**

**\*\*\*\*\***

Raison sociale de la Plateforme de répit  :……………………………………………………………………………………………..

Nom du coordinateur de projet :

Téléphone :

Mail :

**\*\*\*\*\***

**- La composition de l’équipe\* dédiée au « temps libéré »**

| *Nom structure* | *Nom et Prénom* | *Profession* | *ETP* |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

\* : si personnel AJ : joindre mise à disposition ; si Autre opérateur : joindre convention

**- Description en quelques lignes de l’organisation de la prise en charge envisagée**

|  |
| --- |
|   |

**- Modalités d’information de la personne âgée et de l’aidant sur l’organisation de la prise en charge par cette équipe**

|  |
| --- |
|  |

**- Modalités d’articulation envisagées avec les acteurs du territoire**

**Date, Nom et signature :**