**ANNEXE 2 : DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidature n°2022-ARS-PH-11-01/ASE-Handicap de la compétence de l’Agence Régionale de Santé Occitanie**

pour la création de 4 places d’accueil de jour en IME, par extension non importante dans le cadre d’un projet global d’unité renforcée associant les compétences d’un IME et d’une structure relevant du champ de la protection de l’enfance

Ce dossier est à envoyer, en un exemplaire, par mail, auprès de la délégation départementale de l’Aude pour l’ARS (ars-oc-dd11-pers-handicapees@ars.sante.fr).

Il ne devra pas comporter plus de 15 pages.

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

En application de l’article R313-8-1 du CASF *« Les demandes d'autorisation sont accompagnées de tout document permettant de décrire de manière complète le projet et d'apprécier le respect des critères mentionnés à l'article L313-4 »*

[ ]  Organigramme prévisionnel

[ ]  Tableau des effectifs en ETP et par type de qualification

**[ ]** Plan de formation

**[ ]**  Planning type

**[ ]**  La description des postes et les exigences de formation initiale et continue des personnels ;

**[ ]**  Budget prévisionnel

**[ ]**  Autre (A préciser par le porteur notamment : conventions de partenariat, plans des locaux, etc.)

***DATE DE LA DEMANDE…***

1. IDENTITE DU DEMANDEUR

**ÉTABLISSEMENT(S) OU SERVICE(S)**

**Catégorie ESMS et Raison sociale :**

**N° FINESS géographique :**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**Nom et Prénom Directrice-teur :**

**E-mail Directrice-teur :**

**ENTITÉ GESTIONNAIRE**

**Raison sociale :**

**N° FINESS juridique :**

**Statut de l’entité :**

 **🔾 Etablissement public autonome 🔾 Etablissement public rattaché à un EPS**

 **🔾 Privé à caractère commercial 🔾 Privé à but non lucratif (association) 🔾 Fondation**

**Adresse :**

**Code postal :**

**Commune :**

**🕿 :**  **E-mail :**

**PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER**

**Nom et Prénom :**

**Qualité** :.

**🕿 :**  **E-mail :**

1. QUALIFICATION DE L’EXTENSION

**Extension de capacité sollicitée :**

1. JUSTIFICATION DE LA DEMANDE

*Inscription de la demande dans le cadre de la stratégie nationale de prévention et de protection de l’enfance, au regard du contexte local et adéquation du projet avec les besoins identifiés sur le territoire. Expérience du porteur pour la mise en œuvre de ce projet dédié aux enfants relevant de l’ASE et bénéficiant d’une orientation MDPH.*

1. CARACTERISTIQUES DU PROJET
2. **Public(s) accompagné(s), prestations délivrées et interventions mises en œuvre**

**Description du public qui bénéficiera du projet d’accompagnement (déficience/âge) :**

**Description synthétique des prestations et des interventions mises en œuvre dans le cadre de ce projet d’extension, et notamment :**

* **En termes de soins/rééducation**(modalités/lieu/méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes d’accompagnement à l’autonomie**(modalités/lieu/ méthodes ou outils utilisés)**:**

* **En termes de soutien à la scolarité et de coopération avec les établissements scolaires du secteur géographique**(modalités/lieu d’intervention):

* **En termes de soutien à la participation sociale (accès aux loisirs, accompagnement dans les déplacements, accès aux droits, logement, etc.)** (modalités/lieu d’intervention)**:**

* **En termes de soutien / d’appui aux professionnels de l’ASE - MECS / lieu de vie** (modalités/outils)**:**

**Description des modalités d’élaboration et de suivi du PPA, dans le cadre du projet d’accompagnement global et partagé (articulation avec le PPE) :**

1. **Organisation et fonctionnement de l’ESMS**

**Nombre de jours d’ouverture :**

**Horaires :**

**Continuité de l’accompagnement** (astreinte ou autre organisation mises en place)**:**

**Procédure d’admission et de sortie dans le cadre de cette ENI, en concertation avec les services de l’ASE et le dispositif d’hébergement qui sera autorisé par le Département de l’Aude :**

Précisez ici la manière dont vous allez procéder pour définir la liste d’admission dans le cadre de cette ENI et les critères de priorisation mais également la procédure de sortie qui pourra être mise en œuvre

**Durée d’accompagnement :**

1. **Effectifs**

**Synthèse des effectifs totaux en ETP et par qualification (y compris l’évolution des effectifs prévues dans le cadre de l’extension)**

*Un tableau des effectifs détaillés sera joint en annexe et fera apparaitre l’évolution des effectifs dans le cadre de l’extension.*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **ETP totaux avant extension** | **ETP totaux après extension** | ***dont* ETP dédiés ASE/Handicap** |
| **Direction** |  |  |  |
| **Administration** |  |  |  |
| **Services généraux** |  |  |  |
| **Socio-éducatif** |  |  |  |
| **Paramédical/médical** |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

**Précisez, le planning de recrutement (si nécessaire) :**

**Synthèse du plan de formation envisagé dans le cadre de cette extension :**

**Conventionnement prévu avec des professionnels libéraux □ Oui □ Non**

Si Oui, précisez quelles professions/implantations/et sur quel volume prévisionnel d’activité :

1. **Locaux**

**Précisez, les locaux qui seront affectés à l’unité renforcée constituée par l’IME et le dispositif d’hébergement et leur organisation (implantation, surface, nombre de pièces):**

**Conventionnement envisagé avec le dispositif d’hébergement pour l’occupation des locaux et l’intervention des professionnels relevant de l’IME dans le cadre de l’unité renforcée :**

1. PARTENARIATS ET COOPERATIONS

*Listez les partenariats à développer dans le cadre du projet et notamment l’articulation avec les services de l’ASE et le dispositif d’hébergement (MECS/LVA) pour un accompagnement global et partagé entre les professionnels.*

1. DROITS DES USAGERS ET DEMARCHE D’AMELIORATION CONTINUE DE LA QUALITE
2. **Outils de la loi 2002-2**

Préciser les documents relatifs aux droits des usagers à réviser ou à créer compte tenu du projet de modification de l’autorisation et dans quel délai vous serez en mesure de transmettre ces documents actualisés à l’ARS :

1. **Evaluation du dispositif**

1. FINANCEMENT DU PROJET

**Synthèse du BP en année pleine (joint en annexe) :**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Charges avant extension** | **Charges après extension** | **Produits avant extension** | **Produits après extension** |
| **Groupe 1** |  |  |  |  |
| **Groupe 2** |  |  |  |  |
| **Groupe 3** |  |  |  |  |

**Coût total du projet :**  **€**

**- Dont moyens supplémentaires demandés :**  **€**

**- Dont redéploiements internes proposés :**  **€**

**Le cas échéant, indiquez depuis quel budget et FINESS géographique le redéploiement interne est envisagé, ainsi que le montant des redéploiements internes prévus, le cas échéant :**

**- Coût à la place avant l’opération/après l’opération**  **€**

**Impact de l’opération sur le budget d’investissement le cas échéant:**  **€**

1. CALENDRIER PREVISIONNEL DE MISE EN ŒUVRE

**A quelle date cette extension sera installée ?** **2023**

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES

*NOM Prénom*

*Signature*