

**ANNEXE  2**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidature (AAC)**

**ARS/DAOSS/ N°971-2024-07-19-00004**

**Pour la création d’une Plateforme d’Accompagnement et de**

**Répit (PFR) à destination des aidants de personnes souffrant d’un Trouble du Spectre de l’Autisme (TSA) sur les territoires de la GUADELOUPE et des ILES DU NORD avec élargissement aux personnes en situation de handicap (PSH) sur le territoire de GUADELOUPE**

**Territoires : GUADELOUPE / ILES DU NORD et GUADELOUPE**

**Date de publication de l’avis de l’AAC : vendredi 19 juillet 2024**

**Date de clôture de l’AAC : jeudi 24 octobre 2024 à 12h00 (heure de Guadeloupe)**

***Ce dossier de candidature est à compléter intégralement par le porteur du projet. Il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte et des cases à cocher.***

1. **Présentation du candidat**

Ann**ée 2021**

* 1. **Identification de l’organisme gestionnaire**

**Nom de la personne morale :**

Numéro FINESS entité juridique :

Adresse postale (siège) :

**Identification du représentant légal de l’organisme gestionnaire :**

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

Activités principales de l’organisme gestionnaire (autorisations/agréments et conventions de dispositifs non soumis à autorisation) :

* 1. **Identification de l’établissement/service**

**Nom de l’établissement/service – porteur de la PFR :**

Numéro FINESS entité établissement/service :

Adresse postale :

Courriel de la structure (générique) :

Téléphone (standard d’accueil) :

**Identification du représentant légal de l’établissement/service :**

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

* 1. **Identification de la personne chargée du présent dossier**

**Nom et Prénom :**

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

1. **Caractéristiques de l’établissement/service - porteur de la PFR**

**2.1. Capacitaire autorisé / installé (lits/places ou file active selon l’offre)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Activité / fonctionnement** | Nombre de places **autorisées** | Nombre de places **installées** | Taux d’occupation | Nombre de journées réalisées années 2022 et 2023 |
| **Hébergement complet / internat**  |  |  |  |  |
| **Accueil de Jour (AJ)** |  |  |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |  |  |
| **TOTAL** |   |  |  |  |

**Préciser pour l’établissement (accueil de jour) / le service – porteur de la PFR** *(Rayez la mention inutile)* **:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Projet de service spécifique** | **Personnels dédiés** | **Locaux indépendants permettant d’accueillir les espaces de la PFR****(joindre un plan format A4 en identifiant l’espace PFR)** |
|  OUI/ NON | OUI/ NON | OUI/ NON |

**Description synthétique des activités de l’établissement (accueil de jour) /service porteur *(10 lignes maximum) :***

|  |
| --- |
|  |

1. **Public cible**

|  |
| --- |
| Quels sont les profils des aidants visés dans le cadre de ce projet ? *(Préciser les types de handicap, identification des besoins prioritaires, des zones d’intervention, des modalités d’adressage et de repérage des aidants…)*  |

Préciser si l’établissement (accueil de jour) / le service – porteur de la PFR a une connaissance des recommandations TSA *(Rayez la mention inutile)* : OUI / NON

Préciser si l’établissement (accueil de jour) / le service – porteur de la PFR accompagne des personnes atteintes de TSA *(Rayez la mention inutile)* : OUI / NON

Si OUI :

* Au regard de son autorisation (clientèle) : OUI / NON
* Au regard du public pris en charge : OUI / NON

Préciser si l’établissement (accueil de jour) / le service – porteur de la PFR accompagne des personnes atteintes de handicaps rares *(Rayez la mention inutile)* : OUI / NON

Si OUI :

* Au regard de son autorisation (clientèle) : OUI / NON
* Au regard du public pris en charge : OUI / NON
1. **Modalités d’organisation et de fonctionnement de la PFR**

|  |
| --- |
| Descriptif général du projet de service, objectifs généraux et /ou spécifiques, plages et horaires d’ouverture au public, déploiement des missions, descriptif de la palette d’actions et de prestations individuelles/collectives, modalités de participation des aidants au projet et tout autre élément d’information utile.Les candidats préciseront pour chaque type d’actions et/ou de prestations envisagées, les points suivants : - présentation synthétique des objectifs (généraux et/ou spécifiques) ; - contenu du programme de l’action et/ou de la prestation ; - population « cible » ;- analyse des besoins en faveur des aidants (notamment ETP, pair-aidance …) ;- file active « aidant » et « aidant-aidé » selon les actions et prestations ;- portage de l’action ou de la prestation (PFR, délégation, relais) ;- durée prévisionnelle et calendrier de l’action ; - indicateurs : - tout autre élément d’information utile, le cas échéant  |

1. **Les ressources humaines de la PFR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Catégorie socio-professionnelle | Fonction / qualification | ETP | Coûts chargés | Personnel sur les crédits Assurance maladie (création) | Personnel de ESMS en mutualisation / redéploiement (oui / non) | Personnel sur cofinancement (à préciser) |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

Informations complémentaires concernant la politique managériale de la PFR *(10 lignes maximum) :*

Joindre un organigramme, un plan de formation prévisionnel, les fiches de poste et de tâches correspondant aux effectifs salariés de la PFR

1. **Locaux, implantation géographique**

|  |
| --- |
| Description des locaux, leur accessibilité, moyens de communication… |

1. **Partenariats et coopérations**

|  |
| --- |
| Description des partenariats, de leur nature et de leur formalisation – dont DAC / C360 / PFR existantes +60 ans …Identification des ressources existantes du territoire en faveur des aidants (notamment pour des actions / prestations)Partenariat avec la PFR « PSH » Iles du Nord.  |

1. **Plan de communication *(en 5 lignes maximum)***
2. **Motivation du porteur *(en 5 lignes maximum)***
3. **Budget prévisionnel en année pleine**

Cf. Annexe 3 à joindre au dossier de candidature.

1. **Calendrier et délai de mise en œuvre**

|  |
| --- |
| *Détailler le calendrier avec les différentes phases de mise en œuvre du projet*  |

1. **Modalités d’évaluation et de suivi**

|  |
| --- |
| Description des modalités d’évaluation du dispositif, de la qualité du service rendu aux bénéficiaires (comprenant les indicateurs nationaux non dérogeables) |