**aPPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**ARS/DAOSS/DCT n°971-2022-08-09-00004**

**Création d’une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) de 10 places**

**élargie aux autres MND à Marie-Galante**

**ATTESTATION PRÉALABLE**

(Annexe B)

Je, soussigné …………............................., représentant légal de…………………………………………. ,

Présente auprès de l’ARS une demande dans le cadre de l’appel à manifestation d’intérêt portant constitution d’une Equipe Spécialisée Alzheimer élargie aux MND.

Je certifie exactes, précises et complètes, les informations du présent dossier, et je certifie avoir pris connaissance des recommandations, guides, cahiers des charges et référentiels applicables dans le cadre de l’élaboration de mon projet.

Lieu : ...............…………….. Date : ......................……

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

**aPPEL A MANIFESTATION D’INTERET**

**ARS/DAOSS/DCT n°971-2022-08-09-00004**

**Création d’une Equipe Spécialisée Alzheimer (ESA) de 10 places**

**élargie aux autres MND à Marie-Galante**

**TRAME DU PROJET**

(Annexe C)

**1 - Identité du promoteur :**

|  |  |
| --- | --- |
| ETABLISSEMENT OU SERVICE PORTEUR | |
| **Dénomination** |  |
| **Adresse principale** |  |
| **Secrétariat**  Standard & Accueil :  Téléphone :  Mail : |  |
| **N° FINESS** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Directeur :**  NOM, prénom :  Mail :  Téléphone : Fixe / Portable : |  |
| **Arrêté(s) d’autorisation (s) ESMS / Date(s)** |  |
| **Catégorie ESMS (L 312-1 CASF** alinéa…)  Mode de fonctionnement |  |
| **Territoire d’intervention** | Guadeloupe  Iles du Nord  Liste des communes desservies : |
| **Capacité totale autorisée**  **Capacité installée** |  |
| **Public autorisé**  Age, sexe, origine géographique |  |
| **Type de déficiences**  Polyvalence  Spécialisé | Déficiences intellectuelles  Handicap psychique (sans troubles du comportement)  Déficience motrice  Déficience sensorielle  Polyhandicap  TSA  Lésions cérébrales  Troubles du caractère et du comportement  Handicap cognitif spécifique  Epilepsie  Psychopathologie  Tous types de déficiences  Autres |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ORGANISME GESTIONNAIRE  **Fiche INSEE** | | |
| **Raison sociale** | **«  …. »** | |
| **Identification juridique** | Privé associatif  Privé mutualiste  Privé autre | Public hospitalier rattaché à un ES  Public hospitalier autonome  Public territorial |
| **Date d’ouverture** |  | |
| **Adresse** |  | |
| **N° SIREN** |  | |
| **N° SIRET du Siège** |  | |
| **Code APE** |  | |
| **N° FINESS Juridique** |  | |
| **Représentant** **légal**  Président :  Mail :   Téléphone : Fixe / Portable : |  | |
| **Directeur Général**  Président :  Mail :   Téléphone : Fixe / Portable : |  | |
| Statuts associatifs | - Adopté lors de l’AG du :  - Déposé en préfecture de Guadeloupe le : | |
| **Différentes activités de l’entité gestionnaire :** | Service de soins infirmiers à domicile  Service d’aide et d’accompagnement à domicile prestataire PA/PH  Service d’aide et d’accompagnement à domicile prestataire famille  Service d’aide et d’accompagnement à domicile mandataire  Accueil de jour autonome  Hébergement temporaire autonome  Centre de soins infirmiers  Hospitalisation à domicile  Portage de repas  Téléalarme  EHPAD  MAS – FAM  SAMSAH  SAVS  Autres : | |
| **Convention collective** |  | |
| **Siège autorisé** | Oui  Non   En cours | |
| **Affiliation association**  **nationale** |  | |
| **Existence d’un CPOM**  **antérieur** | OUI  NON | |

|  |
| --- |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :**  NOM : ………………………………………………. QUALITE : ………………………………………………  TELÉPHONE : ……………………………………. E-MAIL : ……………………………………………… |

**2 - Description du projet d’ESA élargie MND :**

**ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT PREVUS :**

**IDENTIFICATION DES BESOINS :**

*Nombre de patients envisagés, construction et file active*

**ORGANISATION DE LA PRISE EN CHARGE DES MALADES :**

**PERSONNELS :**

*Tableau des effectifs par type de qualification et les ETP prévus, formations (ergothérapeute / psychomotricien / ASG), expérience, fiches de poste*

**PARTENARIATS :**

*Identification des personnes ressources, description des modalités retenues de coopération, les liens avec les médecins traitants, les centres mémoires, les SSR, les autres structures localement impliquées dans la prise en charge des usagers ainsi que les kinésithérapeutes, orthophonistes le cas échéant.*

*Fournir les conventions existantes et les lettres d’engagement des partenariats futurs*

**MODALITES D’INFORMATION :**

*a) Modalités d’information des médecins sur l’existence et le rôle de l’ESA ainsi que sur la prescription selon le type de MND*

*b) Modalités d’information des patients et les contrats formalisant la prise en charge (contrat type de prise en charge, évaluation, plans de soins, bilan)*

**CALENDRIER ET DELAI DE MISE EN OEUVRE :**

*Recrutement des professionnels, constitution des équipes, partenariats*

**BUDGET PREVISIONNEL DE FONCTIONNEMENT :**

*Pour l’année, conforme au cadre réglementaire (budget annexe de l’ESA)*

**RECUEIL ET REMONTEES DES INDICATEURS :**

*Portant sur le nombre de personnes prises en charge au titre de cette prestation par mois et la durée de prise en charge*