RÉPUBLIQUE FRANÇAISE
*Liberté*
*Égalité*
*Fraternité*

ars Agence de Santé Guadeloupe Saint-Martin Saint-Barthélemy

## ANNEXE 2 : Dossier de candidature

**Appel à Candidatures**

**ARS/DAOSS/ N°971-2023-02-03-0001**

**En vue du déploiement de places d'Hébergement Temporaire de Secours (HTS) de personnes âgées fragiles ou dépendantes en Guadeloupe**

Ce dossier de candidature est à compléter par le porteur du projet. Il permettra de détailler le dispositif proposé et de vérifier son adéquation avec le cahier des charges. Il s'agit d'un document qui comporte des espaces réservés à la saisie de texte, des cases à cocher.

## 1. PRESENTATION DE L'EHPAD PORTEUR DU DISPOSITIF HTS

**1.1. Identification de l'EHPAD** (Renseignez les informations)

Nom de l'EHPAD :

Numéro FINESS établissement :

Adresse postale :

Courriel (standard d'accueil) :

Téléphone (standard d'accueil) :

**1.2. Identification du représentant légal de l'EHPAD** (Renseignez les informations)

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

**1.3. Identification de la personne chargée du présent dossier** (Renseignez les informations)

Nom et Prénom :

Qualité ou Fonction :

Courriel :

Téléphone :

## 2. CARACTERISTIQUES DE L'EHPAD

**2.1. Capacitaire et occupation des lits et places** (Complétez le tableau)

| Désignations : | Nombre de places autorisées | Nombre de places installées | Taux d'occupation | Durées moyennes de séjour | Nombre de personnes accueillies /an |
|---|---|---|---|---|---|
| Hébergement Permanent (HP) | | | | | |
| Hébergement Temporaire (HT) | | | | | |
| Accueil de Jour (AJ) | | | | | |
| Plateforme de Répit (PFR) | | | | | |
| TOTAL | | | | | |

**2.2. Autres caractéristiques de l'EHPAD** (cochez la case correspondante)

- EHPAD est engagé dans un dispositif d'Hébergement Temporaire en Sortie d'Hospitalisation (HT-SH) :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD est porteur ou intégré dans d'un dispositif d'astreinte d'IDE de nuit :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD est déjà impliqué dans un dispositif de Télémédecine :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD propose une place en unité protégée :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD est engagé dans un CPOM ou en cours de procédure de contractualisation de CPOM :
  ☐Oui ☐Non

Autres - Veuillez préciser dans le cadre ci-dessous :

## 3. CONTEXTE

**3.1. Éligibilité** (cochez la case correspondante)

- EHPAD disposant d'au moins une place d'hébergement temporaire (HT) existante :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD s'inscrivant dans une transformation de l'offre existante :
  ☐Oui ☐Non
- EHPAD s'inscrivant dans une évolution, d'extension capacitaire inférieure à 30% (à titre d'exception, sous condition d'un taux d'occupation des places existantes à plus de 85% :
  ☐Oui ☐Non

**3.2. Étude des besoins connus sur le territoire**

Veuillez décrire dans le cadre ci-dessous, les constats et problématiques du territoire :

*Préciser s'il y existe une liste d'attente (demande) ou des personnes identifiées qui auraient pu profiter du dispositif s'il existait et votre expérience en matière d'accueil temporaire non programmé de personnes âgées.*

### 3.3. Dynamique de coopération et de mutualisation organisée entre votre EHPAD et d'autres structures du même territoire (objets & organisation informelle, conventions de partenariat, lettre d'intention) :

Veuillez préciser dans le cadre ci-dessous :

| |
|---|
| |

***Les conventions ou les lettres d'intention devront être annexées à la candidature ou au plus tard lors de la mise en place du dispositif HTS.***

## 4. OBJECTIFS ET MODALITES DU DISPOSITIF

### 4.1. Descriptif du projet

Veuillez décrire dans le cadre ci-dessous, les caractéristiques du projet, les modalités de réponses qui seront apportées au regard des besoins identifiés et les modalités organisationnelles et de fonctionnement du projet proposé à la candidature :

| |
|---|
| |

*Préciser les instances et moyens de pilotage, l'intégration au projet stratégique de l'établissement et modalités de suivi.*

### 4.2. Partenariats et procédures envisagés

Veuillez détailler dans le cadre ci-après, les partenaires et les procédures envisagés pour la mise en œuvre du dispositif :

*Préciser les partenaires, le cadre de travail partenarial (méthodologie) et leurs places dans le dispositif, logigramme de procédure (DAC, Centre Hospitalier, Hôpital de proximité, Cliniques privées, acteurs de la filière gériatrique, acteurs du domicile, professionnels libéraux...).*

***Fournir les lettres d'engagement des partenaires ou les projets de conventions en annexe de la candidature ou au plus tard lors de la mise en place du dispositif HTS.***

### 4.3. Modalités de mise en œuvre et planification

Veuillez décrire dans le cadre ci-après, l'activité prévisionnelle et le calendrier de mise en œuvre :

### 4.4. Modalité de communication

Indiquez, dans le cadre ci-dessous, la communication envisagée pour faire connaitre le dispositif par les acteurs et professionnels (Ville-Hôpital) du territoire ainsi que le grand public.

**Informations complémentaires :**