

**ANNEXE  2**

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**Appel à candidature (AAC)**

**ARS/DAOSS/ N°971-2023-12-18-00002**

**Pour la création d’une Plateforme d’Accompagnement et de Répit (PFR) à destination des aidants des personnes en situation de handicap (PSH)**

**Territoire : ILES DU NORD**

**Date de publication de l’avis de l’AAC : lundi 18 décembre 2023**

**Date de clôture de l’AAC : jeudi 28 mars 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**

**Identité 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

Préciser si l’établissement (accueil de jour) / le service – porteur de la PFR a identifié des actions et/ou des prestations à destination de ce public TSA sur son territoire *(Rayez la mention inutile)* : 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**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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 « TSA/PSH » Guadeloupe/ 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 de mise en œuvre**

|  |
| --- |
| *Détailler le calendrier avec 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) |