**DOSSIER DE CANDIDATURE**

**POUR LA CREATION DE MAISONS - ESPACES DES USAGERS**

**MULTI-SITE / ITINÉRANTE**

**Contact :**

Clélia BASSINAT

Chargée de mission santé

02 22 06 72 99

🡪Les dossiers de candidatures doivent être déposés sous forme électronique à l’adresse suivante :

**ars-bretagne-qualite@ars.sante.fr**

**ANNEXE 4 : FICHE DE CANDIDATURE**

|  |
| --- |
| **IDENTIFICATION DU PORTEUR DU PROJET** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale**  |  |
| **Adresse** |  |
| **CP - Ville** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |
| **N° FINESS juridique :** |  |
| **N° FINESS géographique :** |  |
| **N°SIRET** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure :**  | **Statut de la structure :**  |
| [ ] Etablissement de santé  | [ ]  Public |
| [ ]  Etablissement médico-social | [ ]  Privé à but non lucratif |
| [ ]  Autre, précisez : | [ ]  Privé à but lucratif |

***Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) :*** *…………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |
| **IDENTIFICATION DES ETABLISSEMENTS MEMBRES DU GHT** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Raison sociale**  |  |
| **Adresse** |  |
| **CP - Ville** |  |
| **Courriel** |  |
| **Téléphone** |  |
| **N° FINESS juridique :** |  |
| **N° FINESS géographique :** |  |
| **N°SIRET** |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Type de structure :**  | **Statut de la structure :**  |
| [ ] Etablissement de santé  | [ ]  Public |
| [ ]  Etablissement médico-social | [ ]  Privé à but non lucratif |
| [ ]  Association  | [ ]  Privé à but lucratif |
| [ ]  Autre, précisez : |  |

*Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* |

|  |
| --- |
| **Contexte du projet** |
| *Décrivez l’origine du projet : qu’est-ce qui vous amène à proposer une maison – espace des usagers multi-site et/ou itinérante au sein de votre structure (émergence du projet, partenariats, problématiques, environnement…).**Avez-vous pris contacts avec des maisons des usagers existantes pour partager leurs expériences ?* |

|  |
| --- |
| **PARTENAIRE(S) DU PROJET IDENTIFIE(S)**  |
| *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au projet.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Partenaire(s) du projet | Entité juridique et/ou statut ;Adresse | Périmètre d’intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…). | Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone | Nature du partenariat ou de la participation au projet d’expérimentation (moyen humain, logistique, financier, autres à préciser…)Préciser les coopérations existantes |
| Renseignez 1 ligne par partenariat  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |

|  |
| --- |
| **Présentation du projet** |
| *Description de votre projet de MDU multi-site et/ou itinérante :**Quelles seront les modalités de fonctionnement (moyens humains, moyens de transport, organisation des permanences, articulation, accessibilité de la MDU…), soyez le plus précis pour nous permettre de bien cerner votre projet :**Décrivez le partenariat actuel avec les acteurs (professionnels médicaux et paramédicaux, RU, patients experts, bénévoles associatifs...) :**Détaillez les modalités de co-construction et de codécision avec les usagers, leurs représentants et les bénévoles associatifs :**Détaillez la gouvernance du projet :* *Décrivez les modalités de suivi du projet avec les partenaires (mise en place de réunions/fréquence, évaluation…). Est-ce qu’un groupe projet/comité de suivi sera mis en place ?**Est-ce qu’il est envisagé que la MDU multi-site et ou itinérante se déplace hors les murs de l’établissement (dans la ville par exemple) ? Si oui des partenariats sont –ils mis en place ?* |
| Expression de vos besoins nécessitant **un accompagnement de l’ARS Bretagne** |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **Descriptif du besoin** |  |
| **Budget sollicité :** |  € |

***Commentaires éventuels sur les besoins exprimés :***  |
| **Moyens humains, matériels** |
| *Ressources humaines (animateur, conducteur du véhicule…) prévues au sein de la MDU (temps de travail, plan de formation) :**Dans le cas d’une MDU mobile : Identification du lieu de stationnement de la MDU multi-site et ou itinérante :* *Calendrier prévisionnel de mise en œuvre du projet :* |
| **Informations complémentaires éventuelles** |
|  |
| **Evaluation du projet** |
| *Méthodes d’évaluation, indicateurs choisis et périodicité au regard des objectifs ci-dessus :**Modalités de suivi du projet avec les partenaires :*  |
| **Budget prévisionnel détaillé** |
| ***Budget prévisionnel 2024*** |
| ***CHARGES*** | ***MONTANT*** | ***PRODUITS*** | ***MONTANT*** |
| *Charges directes* | *Ressources Directes* |
| ***60-Achats :*** |  | ***73 - Dotations et produits de tarification*** |  |
| *-Achats matériels et fournitures* |  | ***74 - Subventions d'exploitation*** |  |
|  |  | *Etat : préciser le(s) ministère(s), directions ou services déconcentrés sollicités* |  |
| ***62 – Autres services extérieurs :***  |  |  |  |
| *-Rémunérations intermédiaires et honoraires :*  |  | *Communes, communautés de communes ou**d'agglomérations:* |  |
| *-Publication :*  |  |  |  |
| *-Frais de déplacements :*  |  | *Autres établissements publics* |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ***75 - Autres produits de gestion courante :*** |  |
|  |  | *758. Dons manuels - Mécénat* |  |
|  |  |  |  |
|  |  | ***76 - Produits financiers*** |  |
| ***66 - Charges financières*** |  |  |  |
| ***TOTAL DES CHARGES*** |  | ***TOTAL DES PRODUITS*** |  |
| ***Contributions volontaires en nature*** |
| ***86 - Emplois des contributions volontaires en******Nature :***  |  | ***87 - Contributions volontaires en nature*** |  |
| *861 - Mise à disposition gratuite de biens et services* |  | *870 - Bénévolat* |  |
| *864 - Personnel bénévole* |  |  |  |
| ***TOTAL*** |  | ***TOTAL*** |  |