**ANNEXE 2 :**

***Dossier de demande***

***d’extension CAPACITAIRE***

***-----***

***CREATION DE PLACES D’HEBERGEMENT***

***POUR PERSONNES AGEES***

**Date limite de dépôt du dossier : 31 MAI 2024**

**Etablissement concerné** :

Nom :

Adresse :

CP - Ville :

N° FINESS :

**Organisme gestionnaire** :

Nom :

Adresse :

CP - Ville :

N° FINESS juridique :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Capacité actuelle de fonctionnement :** | Capacité autorisée*(nombre de places)* | Capacité installée*(nombre de places)* |
| Hébergement permanent :-Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées-Dont places en pôles d’activités et de soins adaptés |  |  |
| Hébergement temporaire -Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Accueil de jour -Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Accueil de nuit -Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| **TOTAL** **-Dont places pour personnes atteintes d’Alzheimer ou maladies apparentées** |  |  |
| Date du dernier arrêté d’autorisation fixant la capacité globale :  | jj/mm/aa |

|  |
| --- |
| **Données de la contractualisation :**  |
| Dernier GMP | \_ \_ \_ validé le : jj/mm/aa |
| Dernier PMP | \_ \_ \_ validé le : jj/mm/aa |
| Période du CPOM en cours de validité |  |
| Option tarifaire actuelle | [ ]  Tarif partiel sans PUI [ ]  Tarif global sans PUI [ ]  Tarif partiel avec PUI [ ]  Tarif global avec PUI  |

**Capacité d’extension sollicitée :** \_ \_ places

Dont places hébergement permanent : \_\_ places

Public cible :

Dont places hébergement temporaire : \_\_ places

Public cible :

|  |  |
| --- | --- |
| Personne référente du dossier (nom/fonction) |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |

**OPPORTUNITE ET MOTIVAtion DE LA DEMANDE :**

* Présentation de la demande
* Opportunité du projet au regard des besoins identifiés sur le territoire :

*Démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels le projet a vocation à répondre (indiquer à minima : la liste d’attente, le taux d’occupation des 3 dernières années et le taux de rotation des places actuelles).*

* Opportunité du projet au regard d’autres projets de recomposition sur le territoire porté par le gestionnaire :

*Indiquer si d’autres projets de reprise d’autorisation ou de recomposition de l’offre à court terme et moyen terme sont envisagés par le candidat.*

**QUALITE DU PROJET D’ACCOMPAGNEMENT :**

* Objectifs poursuivis au regard du projet global de l’établissement :

*Présenter comment le projet de places supplémentaires s’inscrit dans le projet global de l’établissement ou du gestionnaire*

* Modalités d’admission et d’accueil d’un nouveau résident

*Préciser les critères et la procédure d’admission en vigueur (tout public et/ou public spécifique), les critères d’exclusion et les critères de réorientation.*

* Modalités d’accompagnement :

*Préciser le mode d’élaboration, d’évaluation, de coordination et de suivi du projet d’accompagnement personnalisé, en hébergement permanent ou en hébergement temporaire :*

* **RESSOURCES HUMAINES**
* Tableau d’effectif prévisionnel :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ETP | ETP ACTUELSavant l’extension | ETP à créer pour l’extension  | EffectifsTotaux après extension |
| Direction |  |  |  |
| Administration |  |  |  |
| Services généraux (cuisine, entretien) |  |  |  |
| Animation/social |  |  |  |
| ASH/AVS |  |  |  |
| AS/AMP |  |  |  |
| ASG |  |  |  |
| IDE |  |  |  |
| IDEC |  |  |  |
| Médecin coordonnateur |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |
| Autre personnel paramédical : |  |  |  |

* Stratégie de recrutement et de fidélisation des professionnels :
* Formations envisagées pour l’ensemble du personnel

*Formations thématiques, inter-établissement, spécifiques à des accompagnements*

* Modalités de soutien du personnel :

*Préciser les dispositifs prévus pour accompagner le personnel dans son travail : appui d’un psychologue, réunion d’équipe, analyse de pratiques, supervision*

* Droits des usagers

*Respect des droits fondamentaux et contractuels pour l’ensemble des résidents et actualisation des outils de la loi 2002-2 garantissant l’exercice de ces droits*

* Actions en faveur des aidants :

*Préciser les actions mises en place en faveur des aidants (informations, conseils, appui / partenariats mis en œuvre).*

* Exercice de la vigilance

*Indiquer les modalités de traitement des réclamations et des signalements d’évènements indésirables*

**PARTENARIATS ET COORDINATION :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Partenaires** | **Nom/identification de l’organisme partenaire** | **Convention existante****Oui/Non**  | **Objectifs et modalités opérationnelles de coopération** |
| Service d’aide et d’accompagnement à domicile |  |  |  |
| Service de soins infirmiers à domicile  |  |  |  |
| Equipe spécialisée Alzheimer à domicile |  |  |  |
| Accueil de jour |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |
| Plateforme de répit et d’accompagnement |  |  |  |
| EHPA(D) |  |  |  |
| HAD |  |  |  |
| Court séjour gériatrique / hôpital de jour |  |  |  |
| Soins de suite et de réadaptation (SSR) / unités cognitivo-comportementales en SSR (UCC) |  |  |  |
| Equipe de secteur ou de liaison psychiatrique |  |  |  |
| Equipe mobile soins palliatifs |  |  |  |
| Dispositif d’IDE hygiéniste |  |  |  |
| Associations spécialisées |  |  |  |
| DAC |  |  |  |
| CLIC |  |  |  |
| GCSMS |  |  |  |
| Autres |  |  |  |

Commentaires :

*-notamment sur les difficultés potentielles ou les perspectives de développement*

* Stratégie de communication :

*Préciser les modalités de communication prévues pour faire connaitre la nouvelle offre d’hébergement auprès des partenaires et des usagers (personnes âgées/aidants).*

**PROJECT ARCHITECTURAL :**

*Vous présenterez un schéma organisationnel permettant d’estimer les nouvelles surfaces utilisées et /ou à construire et de déterminer la faisabilité technique et financière (coût d’opération, plan de financement et impact sur l’exploitation*).

**JOINDRE :**

* **UN PLAN PLURIANNUEL D’INVESTISSEMENT**
* **LES PLANS ACTUELS ET FUTURS DES LOCAUX ET LE DETAIL D’UNE CHAMBRE (surface et aménagement)**

Commentaires :

**EQUILIBRE BUDGETAIRE ET FINANCIER DU PROJET**

**Joindre le cadre EPRD avec**

* l’annexe 1 (R.314-211 du CASF) relative à l’EPRD complet,
* l’annexe 4 (R.314-219 du CASF) relative à l’activité (qui comprendra l’activité des nouvelles places sollicitées),
* l’annexe 5A (R.314-223 du CASF) relative au tableau de présentation tarifaire d’un EHPAD,
* l’annexe 6 (R.314-224 du CASF) relative au tableau prévisionnel des effectifs rémunérés.

*Commentaires sur la viabilité financière du projet, les surcouts d’exploitation, le niveau d’activité, etc...*

|  |
| --- |
|  |

**CAPACITE D’INNOVATION**

* Préciser les dimensions innovantes du projet ou déjà mises en œuvre par l’établissement ou le gestionnaire dans l’accompagnement proposé

**CAPACITE DE MISE EN ŒUVRE**

* Préciser le calendrier global de l’opération jusqu’à la mise en œuvre effective de l’autorisation sollicitée