**Appel à candidatures 2024**

**« Un tiers-lieu dans mon EHPAD »**

**Dossier de candidature**

***Le présent dossier doit être rempli, signé et adressé avec ses pièces jointes par mail à*** ***ars-bretagne-investissements-ms@ars.sante.fr*** ***avant le mercredi 31 juillet 2024 midi, délai de rigueur. Un accusé de réception vous parviendra et la réponse de sa sélection vous sera notifiée au cours du mois novembre 2024.***

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

**Nom de l’organisme gestionnaire :**

**Représenté par :**

**FINESS juridique :**

**Nom de l’EHPAD :**

**Représenté par :**

**FINESS géographique :**

**Adresse :**

**Contact projet :** nom/ fonction/ tel/ mail…

Nbre de places autorisées (EHPAD HP et HT, AJ….): ………………….

Nbre de places habilitées à l’aide sociale : ……….

**Catégorie de l’établissement :**

* public
* privé non-lucratif
* privé lucratif

**Titre du projet : ………………………………………………………………………………..**

1. **Le projet**

**1.1 Décrivez votre projet**

**Genèse du projet** (10 lignes max)

**Valeurs du projet** (5 lignes max)

**En quoi consiste le tiers-lieu ?** *comment participe-t-il au lien social et aux échanges intergénérationnels* (1/2 page max)

**Qui sont les partenaires ?** *nature, co-conception et animation*des partenariats (1/2 page max)

**Fonctionnement au quotidien** *: quelles activités, à quelle fréquence, quelles modalités d’animation du lieu* (1/2 page max)

**Le « Faire-ensemble » :** *quelles sont les activités partagées ? Quelles sont les plus-values de ce partage ?*

**En quoi le tiers-lieu peut aider à changer le regard de l’extérieur sur l’EHPAD ?** (5 lignes max)

**En quoi le tiers-lieu valorise l’EHPAD (son environnement, ses équipes) ?** (5 lignes max)

**1.2 Décrivez le ou les lieux identifiés et les travaux envisagés** pour le projet (1/2 page max)

*Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d’aménagement / d’équipement(s) prévus*

**1.3** **Originalité** (10 lignes max)

*Selon vous, pourquoi devrions-nous sélectionner votre projet ? Qu’est-ce qui fait son intérêt, son originalité ?*

1. **Gouvernance**

**2.1 Quelle gouvernance ?**

La spécificité du tiers-lieu est d’offrir un espace imaginé et co-animé avec ses utilisateurs puisqu’il s’appuie sur le « faire-ensemble ». Il est donc important de prévoir une large place à la dimension collaborative du projet, tant dans son élaboration que dans son fonctionnement.

|  |
| --- |
|  |

**2.2 Pilotage**

*Comment va être piloté le projet, par qui, en s’appuyant sur quelles ressources ? (5 lignes max)*

**2.3 Avis et implication du CVS (conseil de la vie sociale) (et/ou de toute autre forme de participation citoyenne des résidents) dans le projet** (5 lignes max)

1. **Calendrier du projet**

**3.1 Décrivez les grandes étapes du projet** (15 lignes max)

*Précisez le calendrier prévisionnel des travaux et aménagements, date de démarrage des travaux, date de mise en service du tiers-lieu*

* 1. **Perspectives de pérennisation du projet** (5 lignes max)
1. **Description technique**

4.1. La demande de financement porte sur :

* Les prestations intellectuelles (l’ingénierie de projet, le développement social, l’assistance à maîtrise d’ouvrage local, le recrutement de stagiaire, contractuel…)
* les travaux visant la conception, la restructuration, l’aménagement et/ou la mise aux normes de la partie de l’EHPAD dédiée au tiers-lieu et/ou son ouverture vers l’extérieur ;
* l’équipement du tiers-lieu.
* Nature des travaux :

[ ]  Extension des locaux :

[ ]  Reconstruction des locaux :

[ ]  Restructuration des locaux (rénovation, aménagement…)

* Normes de sécurité incendie :

Structure type U [ ]

Structure type J [ ]

4.2. Surfaces du tiers-lieu

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’opération** | **Totaux** | **dont** **restructuration** | **dont** **construction neuve** |
| Surface dans œuvre (SDO)  |       m² |       m² |       m² |
| Surface des espaces extérieurs aménagés  |       m² |  |

4.3. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation

Remplir le calendrier en mois et année (mm/aaaa)

-Date prévisionnelle de lancement du projet :

- Date prévisionnelle de fin du projet : .

- Date prévisionnelle de mise en service du tiers-lieu : ……………………………………………………

1. **Description financière**

 Êtes-vous assujetti à la TVA : oui [ ]  non [ ]

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES** | Montants HT | Montants TTC | **RECETTES** | Montants HT | Montants TTC |
| **Charges de personnel affectées au projet** |  |  | **Subventions acquises** |  |  |
| * Contractuel
* Stagiaire rémunéré
* Gratification de service civique
 | €€€ | €€€ | * Subvention 1 (précisez)
* Subvention 2 (précisez)
 | €€ | €€ |
| **Achat de prestations** |  |  | **Subventions en cours de demande** |  |  |
| * Prestation d’ingénierie de projet, coordination, DSL
* Prestation d’AMO travaux
 | €€ | €€ | * **Subvention sollicitée à l’ARS** :
* **Subvention sollicitée autres :**
 | €€ | €€ |
| **Dépenses aménagement / travaux** |  |  | **Recettes hors subventions** |  |  |
| Travaux | € | € | Participation en fonds propres et/ou autofinancement de l’EHPAD | € | € |
| **Autres achats** |  |  | **Autres** |  |  |
| ÉquipementMobilierAutre (précisez) | €€ | €€ | **Préciser : ……………** | € | € |
| **TOTAL DES DÉPENSES**  |  **€** |  **€** | **TOTAL DES RECETTES**  |  **€** |  **€** |

*Votre projet va-t-il générer des recettes ? Sur quel(s) type(s) d’activités ? (3 lignes max)*

Signatures

Signature et identité du représentant légal (Le cas échéant) : Signature et identité du

de l’entité gestionnaire + Cachet représentant légal de l’entité maître d’ouvrage + Cachet

DECLARATION D’ABSENCE DE DOUBLE FINANCEMENT

Je, soussigné(e) ……………………………….., représentant légal de ……………………………………………..………. ,

(Le cas échéant, si le maître d’ouvrage de l’opération d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné)

Et je, soussigné ………………………….…, maître d’ouvrage de l’opération d’investissement à mener,

* **ayant pris connaissance de l’article 9** du règlement (UE) 2021/241 du parlement européen et du conseil du 12 février 2021, qui exclut la possibilité de cumuler, sur un même projet, les fonds de la FRR et les autres fonds européens, dès lors que ces aides couvriraient « les mêmes coûts ».
* **ayant pris connaissance de l’article 22.2 c) i)** du même règlement (UE) 2021/241 qui dispose que « les fonds ont été gérés conformément à toutes les règles applicables, notamment les règles visant à éviter (…) un double financement ».

**déclare sur l’honneur :**

1. M’engager, à l’occasion de ma demande d’aide à l’investissement, à vérifier que mon projet n’est pas financé par d’autres fonds européens que ceux du Plan d’Aide à l’Investissement.

2. M’engager, dans le cas contraire, à signaler être placé dans une situation de double financement, dès la transmission de mon plan de financement, ou par tout autre moyen à ma disposition.

3. M’engager en cas de non-respect de ces engagements, à restituer à l’Agence Régionale de Santé les fonds indument perçus.

### **Date : ........ ……**

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

(Le cas échéant)

Nom, signature et cachet du représentant légal de l’entité maître d’ouvrage

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

**Pièces obligatoires** :

* Devis des travaux
* Devis pour une prestation en AMO le cas échéant
* Lettre d’engagement des partenaires
* Délégation de signature du signataire
* IBAN (pour les établissements publics, apposer le cachet de l’établissement)

*Pour les établissements publics :*

* Délibération du conseil d’administration approuvant le projet

*Pour les associations :*

* Copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture
* Statuts

**Pièces pouvant être jointes au dossier (facultatif)** : photos, plans pour avoir connaissance de l’environnement du projet.

Un avis formalisé du CVS sur le projet serait un plus.