**Déclaration d’activité d’hébergement temporaire non médicalisé (HTNM)**

Conformément au décret d’application du 25 aout 2021, à l’arrêté du 25 aout 2021 fixant les conditions d'accès au financement de l'hébergement temporaire non médicalisé ainsi que de l'arrêté du 8 octobre 2021 précisant les critères d’éligibilité à l’hébergement temporaire non médicalisé, l’établissement ci-dessous mentionné proposera à sa patientèle une prestation d’hébergement temporaire non médicalisé (HTNM).

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’établissement** | XX |
| **FINESS juridique de l’établissement porteur** | XX |
| **FINESS géographique concerné par l’HTNM** | XX |

|  |  |
| --- | --- |
| **Date de mise en œuvre** | XX / XX / XX |

**Patients concernés** *(type de patients concernés, chirurgicaux/non chirurgicaux)*

|  |
| --- |
|  |

**Cette activité sera** *(cocher la ou les case(s) qui correspond(ent)) :*

□ Réalisée au sein de l’établissement

□ Réalisée par un ou plusieurs prestataires extérieurs *(joindre la ou les convention(s) de fonctionnement à cette déclaration)*

**Une procédure d’urgence est formalisée ?**

□ Oui *(la joindre)*

□ Non

L’établissement s’engage à respecter les conditions de mises en œuvre de la prestation, notamment concernant les critères d’éligibilité des patients et les modalités pratiques, à procéder à la remontée mensuelle de l’activité d’HTNM à l’ATIH et à transmettre un bilan annuel de cette activité à l’ARS Bretagne au plus tard le 31 mars de l’année N+1.

Date et signature