

PLAN D'INVESTISSEMENT AUTONOMIE 2018 / 2022

APPEL À PROJETS

pour le soutien à l'innovation et à la modernisation
des prises en charge en établissements sociaux
et médico-sociaux PA/PH

VOLET 2 : PROJET

DÉPOT DU DOSSIER

Date limite :

Le 31 janvier 2021

ou

Le 30 avril 2021

Contact pour tout renseignement :
clemaitre@departement-touraine.fr

FICHE 1 : COORDONNEES DU PORTEUR

COORDONNÉES DE LA STRUCTURE :

NOM DE LA STRUCTURE PORTEUSE :

N° de SIRET :

STATUT JURIDIQUE :

ADRESSE DU SIEGE SOCIAL :

CP : COMMUNE :

TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE

MAIL :

COORDONNÉES DU REPRESENTANT LEGAL :

NOM : PRÉNOM :

FONCTION :

TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :

MAIL :

COORDONNÉES DE LA PERSONNE RESSOURCE :

(Après de laquelle peuvent être complétées les informations sur le dossier)

NOM : PRÉNOM :

FONCTION :

TÉLÉPHONE FIXE : PORTABLE :

MAIL :

MOYENS HUMAINS (indiquer le nombre de personnes et le nombre d'ETP par catégorie)

Salariés en CDI :Nombre..... ETP

Salariés en CDD :Nombre..... ETP

Bénévoles :Nombre..... ETP

Autres (ex : prestataires) :Nombre..... ETP

FICHE 2 : FICHE SYNTHETIQUE DE PRESENTATION DU PROJET

TITRE DU PROJET :

THEMATIQUES

AXE 1 – AMELIORER LA SECURITE OU LA TRANQUILLITE DES RESIDENTS

AXE 2 – AMELIORER LES CONDITIONS D’ACCUEIL ET DE VIE DES RESIDENTS

AXE 3 – AMELIORER LES PRATIQUES DES PROFESSIONNELS DE L’ETABLISSEMENT

PUBLIC CIBLE

Age : 60 à 69 ans 70 à 79 ans 80 ans et plus

Degré du GIR : GIR 1 à 4 GIR 5 et 6

Sexe : Hommes Femmes Indifférenciés

OBJECTIFS VISÉS :

MOYENS HUMAINS dédiés au projet

Salariés : Nombre : ETP :

Bénévoles : Nombre : ETP :

Autres (ex : prestataires) : Nombre : ETP :

TOTAL : Nombre : ETP

MODALITES DE MISE EN ŒUVRE DU PROJET

Calendrier prévisionnel de l'action :

Date de début :

Date de fin :

FINANCEMENTS

Avez-vous sollicité d'autres financements pour ce projet ?

Oui Non

Si oui : De quelle structure ?

Pour quel montant ?

L'aide est-elle acceptée ?

FICHE 3 : PRESENTATION DE L'ACTION

DIAGNOSTIC / CONTEXTE LOCAL / ANALYSE DU BESOIN

DESCRIPTIF DE L'ACTION (nature des équipements / aménagements, prestataire envisagé, etc...)

BENEFICIAIRES DE L'ACTION (nombre de résidents, de personnels,...) :

IMPACTS (sur la qualité de vie des résidents, sur les conditions de travail des professionnels, sur le prix de journée, sur les coûts de fonctionnement (produire une simulation des contrats d'entretien et/ou de maintenance correspondant)) :

N° de dossier :

Espace réservé au Conseil départemental

FORMATION DES INTERVENANTS (nature, calendrier, ...)

COÛTS DU PROJET ET PLAN DE FINANCEMENT (joindre le/les devis, indiquer les cofinanceurs éventuels, ...)

OBSERVATIONS COMPLEMENTAIRES :

FICHE 4 : BUDGET PREVISIONNEL DE L'ACTION

Charges	Montant HT	Montant TTC	Produits	Montant
Etudes			Fonds propres :	
Travaux :			Subvention demandée au CD :	
Acquisitions de matériels ou d'équipements:			Autres cofinanceurs	
			ARS	
			Caisses de retraite complémentaires	
Autres (à préciser) :			Autres (à préciser) :	
Total charges :				
		Total produits :		