**ANNEXE 1 : DOSSIER TYPE DE CANDIDATURE**

1. **PRESENTATION DE L’ETABLISSEMENT**

***A décliner pour chaque EHPAD associé au projet***

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’EHPAD porteur du projet / Nom de l’EHPAD associé au projet  |  |
| Personne référente du projet |  |
| Adresse |  |
| Téléphone |  |
| Courriel |  |
| N° FINESS géographique  |  |
| Nom de l’organisme gestionnaire |  |
| N° FINESS juridique |  |
| Territoire GHT |  |
| Habilité à l’aide sociale (oui/non) |  |
| Appartenant à une filière gériatrique (oui/non) |  |
| Porteur d’un centre de ressource territoriale (oui/non) |  |
| Intégré dans un dispositif d’astreinte mutualisée IDE de nuit (oui/non) |  |
| Capacités HP, HT et HTSH autorisées | Hébergement permanent : \_\_ placesDont \_\_ places en unité AlzheimerTaux d’occupation : Hébergement temporaire : \_\_ placesDont \_\_ places en unité AlzheimerTaux d’occupation : HT-SH conventionnées : \_\_ placesTaux d’occupation :  |
| Nombre de places HT-SH sollicité  | \_\_ places

|  |  |
| --- | --- |
|  | HT en HT-SH |
|  | HP en HT-SH |

 |
| Localisation des places au sein de l’EHPAD |  |

**2- OPPORTUNITE DU PROJET**

**A/ Est-ce que le ou les EHPAD participent à la dynamique parcours : existence de commissions pluridisciplinaires inter établissements du territoire concerné**

|  |
| --- |
|  |

**B/ Expériences du porteur dans l’hébergement temporaire, accueil temporaire et HT-SH**

Préciser la date de mise en place, nombre de séjours réalisés, profils usagers, collaborations mises en place avec les centres hospitaliers, les acteurs du domicile, les freins rencontrés, les leviers mis en place pour améliorer ce parcours….

|  |
| --- |
|  |

**C/ Opportunité du projet et de son implantation territoriale**

Démontrer l’opportunité du projet à travers une analyse des besoins auxquels l’HT-SH a vocation à répondre sur le territoire visé diagnostic des besoins et de l’offre sur le territoire, freins identifiés et leviers mobilisés …

**3- CARACTERISTIQUES DU PROJET DE L’HT-SH**

**A/ Admission et modalités de sortie**

Préciser les critères d’admission et d’exclusion dans le dispositif.

Détailler la procédure d’admission et les documents utiles à l’admission, incluant les modalités organisationnelles pour répondre dans les 24 à 48 heures.

|  |
| --- |
|  |

Détailler les modalités de sortie pendant et à l’issue de l’hébergement, incluant les procédures de retour à domicile et de réhospitalisation.

|  |
| --- |
|  |

**B/ Accompagnement personnalisé**

Présenterles modalités d’accompagnement prévues durant le séjour afin de préserver l’autonomie de la personne, les démarches à poursuivre pour favoriser le retour à domicile dès le début de la prise en charge.

|  |
| --- |
|  |

**C) Professionnels sollicités et modalités d’intervention**

Référent EHPAD désigné : qualification, temps de travail et missions

|  |
| --- |
|  |

Autres professionnels impliqués durant le séjour et modalités d’intervention : qualification, nombre, redéploiement ETP, activités réalisées, coordination pluridisciplinaire interne et externe, formations effectuées... **Attention, aucun ETP supplémentaire ne sera financé par l’ARS.**

|  |
| --- |
|  |

**4- COLLABORATION ET PARTENARIATS**

Le cas échéant, préciser le rôle de l’EHPAD porteur coordonnant le dispositif et les modalités de coopération avec les autres EHPAD associés proposant de l’HT-SH.

|  |
| --- |
|  |

Préciser les modalités de collaboration avec les différents centres hospitaliers du territoire : identification d’un référent sanitaire, les modalités de collaboration entre les établissements de santé/EHPAD pour assurer le retour à domicile et une éventuelle ré-hospitalisation, les documents utiles au parcours (conventions à communiquer).

Préciser les modalités de collaboration avec les acteurs du domicile de 1ère ligne (médecins traitants, professionnels libéraux, SAAD, SSIAD, services du conseil départemental (APA, CLIC), mandataires judiciaires, CRT) et de seconde ligne le cas échéant (DAC)…

|  |
| --- |
|  |

Préciser les modalités de collaboration avec les usagers et les familles durant ce parcours et les outils utilisés.

Indiquer les modalités d’organisation du transport entre l’EHPAD et le domicile.

**5- FINANCEMENT**

Préciser le montant du tarif journalier des EHPAD (forfait hébergement et dépendance), le montant prévisionnel du reste à charge pour l’usager comprenant, le cas échéant, le transport (budget de l’HT-SH à communiquer)

|  |
| --- |
|  |

**6- COMMUNICATION**

Préciser la stratégie de communication en direction de l’ensemble des acteurs précédemment cités (calendrier et moyens) et les outils déployés tout au long de ce parcours (ex : ROR)

|  |
| --- |
|  |

**7- DATE DE MISE EN ŒUVRE AVEC CALENDRIER OPERATIONNEL**

|  |
| --- |
|  |

**8- EVALUATION ET SUIVI**

Modalités de recueil des données qualitatives et quantitatives pour la réalisation du rapport annuel de suivi.

|  |
| --- |
|  |