

**Investissement dans le cadre du Ségur de la Santé**

**Recensement des projets envisagés en Normandie sur la période 2021-2029**

**Appel à Manifestation d’Intérêt**

***Compléter une fiche par projet immobilier médico-social***

**Intitulé du projet :**

**1- Présentation de l'établissement :**

Département : …………… Commune : …………………...

Nom de l’établissement : ………………………..… N° FINESS établissement : …………………………

Nom du gestionnaire : ……………………………….

**1-2 Etablissement pour personnes handicapées :**

Type de public accueilli :  Enfants  Adultes Préciser : …………………

Capacité totale de l’établissement (places autorisées) : ………………. Places installées : ……………….

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Capacité par mode d’accueil** | Internat | Semi-internat | Externat | Autres (préciser) |
| Total places avant le projet |  |  |  |  |
| Total places après le projet |  |  |  |  |
| Places concernées par le projet |  |  |  |  |

**1-3 Etablissement pour personnes âgées :**

Capacité totale de l’établissement (places autorisées) : ………………. Places installées : …

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Capacité totale** |  |  |  |
| Capacité par mode d’accueil | Hébergement permanent | Hébergement temporaire | Accueil de jour | *dont PASA* | *dont UHR* | *dont plateforme\**  |
| Total places avant le projet |  |  |  |  |  |  |
| Total places après le projet |  |  |  |  |  |  |
| Places concernées par le projet |  |  |  |  |  |  |

\* plateforme d’accompagnement et de répit

**2- Présentation sommaire du projet :**

Site concerné par l’opération : ……………… Adresse : ……………………………………………………………………………… Description :………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**3- Prise en compte des objectifs du Ségur de la Santé, opportunité du projet et réponse aux orientations du PRS**

(Bénéfices attendus au regard de l’amélioration des services, d’une meilleure réponse aux besoins du territoire, de l’amélioration de la qualité de l’accompagnement des personnes en situation de handicap et des personnes âges)

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………… **Plus particulièrement, éléments de réponse du projet aux objectifs suivants** :

* Stratégie de transformation, évolution des pratiques et/ou des modes de prises en charge, politique inclusive, développement d’une offre de répit, virage domiciliaire :

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Rénovation qui offre un vrai « chez soi » en favorisant la participation sociale des résidents (insertion dans la cité, intégration de tiers-lieux, approche domiciliaire) :

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

* Réponse aux besoins d’accompagnement de publics souffrant de syndromes démentiels mais aussi des publics spécifiques (personnes vulnérables, personnes en situation de précarité, personnes en situation de handicap) en mobilisant les compétences et le plateau technique des EHPAD

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

* Collaboration et coopération entre les acteurs du territoire (établissements sanitaires et médico-sociaux, publics ou privés, développement du lien avec la ville) :

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….……………………………………………………

**4- Nature des travaux :**

Construction neuve  Restructuration/modernisation d'établissement  Extension (sur site, sur autre site)  Mise aux normes, mise en sécurité

Projet intégrant des actions de rénovation énergétique et de recours aux énergies renouvelables

**5- Stade d'avancement des études** (faisabilité, préprogramme, PTD, APS validé …) : ……………….

……………………………………………………………………………………………………………………….

*(Fournir éventuellement le dernier document d’avancement de l’opération*)

**6- Calendrier prévisionnel de l’opération** :

Date prévisionnelle des travaux :  2021-2022  2023 à 2025  Après 2025

Durée prévisionnelle des travaux (en mois) : ………………

**7- Surface concernée par l'opération** (en m²) :

Surface actuelle de l’établissement : …………………………

Surface à restructurer : ……………………… Surface à construire : …………………………

Surface à démolir ou à désaffecter : …………

**8- Estimation de l'opération / Mode de financement envisagé (TDC en €) :**

Estimation du coût total de l’opération TDC : ………….

Estimation du coût des travaux HT : ………………....

Mode de financement envisagé :

* Autofinancement : …….… %
* Emprunts : ………………. %
* Subventions : ……………. %

Fiche complétée le : ………………… Par : ……….…………………… Qualité : ………………………..

Contact mail : ……………………………….. Téléphone : …………………………………..