**Dossier de demande  
d’aide à l’investissement  
Plan d’aide à l’investissement 2022**

TIERS LIEU

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région** | **Département**  **d’implantation**  **du demandeur** | **Année de dépôt**  **du dossier** |
|  |  | **2022** |
| **Nom de l’établissement :** …………………………………………………………………… | | | | |

Dossier à retourner à l’ARS de Normandie

Direction de l’ Autonomie

Pôle évaluation des prestations médico-sociales

Sandrine GAUTIER

sandrine.gautier@ars.sante.fr

*Macintosh HD:Users:bmauch01:Desktop:Lg CNSA 2017 Q.ai*

ATTESTATION PREALABLE

Je, soussigné ……………………………….., 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,

sollicite auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) une aide à l'investissement d'un montant de ……..€ dans le cadre du plan d'aide à l’investissement 2022 des établissements et services pour personnes âgées au titre du projet de création de Tiers-Lieu décrit de façon détaillée dans le dossier ci-après.

Je, soussigné………..…………., représentant légal de…………………….., déclare que ce dernier est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférents.

Je certifie exactes, précises et complètes, les informations du présent dossier.

Je reconnais que les travaux ne peuvent commencer avant que la décision d’attribution d’une aide à l’investissement de la CNSA soit connue et notifiée, sauf dérogation explicite du Directeur Général de l’ARS, en référence aux dispositions règlementaires en vigueur.

### **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

DECLARATION D’ABSENCE DE DOUBLE FINANCEMENT

Je, soussigné ……………………………….., 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

1. ***Pièces nécessaires pour déclarer le dossier éligible à fournir à l’ARS de la région :***

**Pièces obligatoires :**

1. Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’établissement subventionné, vous devez joindre le pouvoir de ce dernier au signataire
2. Devis des travaux et des prestations en AMO (assistance à la maitrise d’ouvrage)
3. Lettre d’engagement des partenaires
4. Délibération du Conseil d’administration approuvant le projet (pour les établissements publics)
5. Convention d’habilitation à l’aide sociale

**Pièces facultatives si l’ARS en dispose déjà par ailleurs :**

1. Pour les associations : copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture ainsi que les statuts
2. Pour les sociétés commerciales : extrait Kbis, inscription au registre du commerce ainsi qu’un tableau précisant sur les 3 dernières années les aides attribuées par des personnes publiques
3. Arrêté d’autorisation de l’établissement sollicitant la subvention

**Pièces facultatives**

1. Dernier rapport d’activité
2. Photos permettant de se faire une idée de l’environnement du projet

1. Avis formalisé du CVS (Conseil de la vie sociale)

**FICHE D’IDENTITÉ**

**Compléter les trois rubriques :**

**NOM DE L’ENTITE MAÎTRE D’OUVRAGE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** ......... |

**🕿** ......... **E-mail:** .........

**Statut de l’entité :** .........

**Représentant légal :** .........

**Qualité :** .........

**Type de bail liant le maitre d’ouvrage et le gestionnaire** : ………………………………………………….

**NOM DE L’ENTITÉ GESTIONNAIRE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿** **E-mail :**

|  |
| --- |
| **Statut de l’entité** (association, EPS, SARL, etc.) **:** |

**Représentant légal :**

**Qualité :**

**N° de déclaration d’existence :** .........

**Date de déclaration :** .........

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿**  **E-Mail :**

**Directeur/trice :**

**N° FINESS :**

**Date du dernier arrêté d’autorisation :**

**Capacité totale autorisée :**

**Date de signature de la convention tripartite**:

|  |
| --- |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :**  NOM : …………………………………………………………….QUALITE : ………………………………………………….  TELÉPHONE : ………………………………………………….FAX :  E-MAIL : ……………………………………………… |

1. DESCRIPTION DU PROJET
2. Nature de l’activité poursuivie par l’EHPAD

* Type de public accueilli : …………………………………………………………………………………………
* Existence d’un projet d’établissement : oui  date .../.../...... non
* Existence d’un projet de vie : oui  date .../.../...... non

- Existence de coopérations développées :  oui  non 

Si oui préciser :

* convention avec établissement de santé  date .../.../…. .
* convention avec établissements médico-sociaux  date .../.../......
* convention avec acteurs du domicile  date .../.../......
* participation à 1 réseau de santé/CLIC/autres  date .../.../…...
* mutualisation par la biais d’un GCSMS  date .../.../…...
* intégration dans un GHT  date .../.../…...

- Existence d’un CPOM signé : oui  non   en cours 

1. Offre d’hébergement de l’EHPAD :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Places** | **Capacité totale de l’établissement** | |
| **Autorisée** | **Installée** |
| Hébergement permanent |  |  |
| Accueil / hébergement temporaire |  |  |
| Accueil de jour\* |  |  |
| Accueil de nuit |  |  |
| AUTRES : (préciser) |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**Habilitation à l’aide sociale (uniquement lits HP et HT)**

* + Nombre de places (autorisées par le Président du Conseil Général) et habilitées à l’aide sociale : ………….. :

1. Présentation du projet
2. **Précisez les objectifs, comment sera conçu le tiers-lieu, quel sera son fonctionnement, quels types d’activités sont envisagés, qui sera associé à l’élaboration du lieu et du programme :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d’aménagement / d’équipement prévus :**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Qui est ou qui sont le(s) partenaire(s) associé(s) au tiers-lieu ?**

**Précisez leur nature, leur implication dans la conception et l’animation et la gouvernance du tiers-lieu**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Comment va être piloté le projet, par qui, en s’appuyant sur quelles ressources (internes et externes) ?**

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

1. **Expliquez comment vous allez impliquer une grande diversité de parties prenantes : voisins et habitants de tous âges, institutions et commerçants riverains, professionnels de l’EHPAD, résidents et leurs proches…**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Avis et implication du CVS (Conseil de la vie sociale) dans le projet**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Quels sont les impacts attendus ? quelle évaluation prévue ?**

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. **Perspectives de pérennisation du projet**

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

1. Descriptif technique du projet d’investissement :

* Nature des travaux :

Extension des locaux :

Reconstruction des locaux :

Restructuration des locaux (rénovation, aménagement…)

* Normes de sécurité incendie :

Structure type U

Structure type J

1. Surfaces

Surface dans œuvre (SDO) du Tiers-Lieu : ………m²

* dont restructuration : ……m²
* dont construction neuve : ……m²

Surface des espaces extérieurs aménagés :…… m²

Mémo : (Source : MAINH)

|  |  |
| --- | --- |
| SDO | La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses.  La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d’étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d ‘emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques). |

1. DESCRIPTION FINANCIERE

1. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation

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

- Date prévisionnelle de lancement du projet[[1]](#footnote-1) :

- Date prévisionnelle de fin du projet : .

- Date prévisionnelle d’ouverture du tiers-lieu : ………………………………………………………………………

1. Plan de financement prévisionnel de l’opération toutes dépenses confondues (TDC) en valeur finale estimée (VFE)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dépenses*** | ***montant***  ***(ht)*** | ***montant***  ***(ttc)*** | ***ressources*** | ***montant***  ***(ht)*** | ***montant (ttc)*** | ***%*** |
| **Contractuel** | € | € | **aide à l’investissement CNSA** | € | € |  |
| **Stagiaire rémunéré** | € | € | **Subvention***:*  (préciser) | € | € |  |
| **Gratification de service civique** | € | € | **Subvention***:*  (préciser) | € | € |  |
| **Prestations intellectuelles**  **(ingénierie de projet, coordination, développement social local, amo,…)** | € | € | **fonds propres sans droit de reprise** | € | € |  |
| **capacité d’autofinancement issue de la tarification** | € | € |  |
| **Cout travaux** | € | € | **emprunts auprès des organismes bancaires :**   * **montant** * **durée** * **taux**   **organisme :** ………….. | € | €  mois  % |  |
| **Equipement** | € | € |
| **Cout autres :** (préciser) | € | € |
|  |  |  | **autres :** (préciser) |  | € |  |
| **totaux** | € | € | **totaux** | € | € |  |

Si votre établissement est assujetti à la TVA, vous devez remplir le plan de financement en HT.

Si votre établissement n’est pas assujetti à la TVA, vous devez remplir le plan de financement en TTC.

Pour rappel, l’aide à l’investissement fait partie des mesures de France Relance ayant vocation à être remboursées par l’Union européenne via la « Facilité pour la reprise et la résilience » (FRR). L’aide à l’investissement accordée ne peut se cumuler avec d’autres aides issues des Fonds européens structurels et d’investissement (notamment le FEDER).

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

CNSA

66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14

Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr

**www.cnsa.fr**

**www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**

1. le projet s’entend par le démarrage des prestations financées (travaux, prestations intellectuelles,…) [↑](#footnote-ref-1)