**Appel à projets**

**« Un tiers-lieu dans mon EHPAD »**

**Dossier de candidature**

*Le présent dossier doit être rempli, signé et adressé avec ses pièces jointes par courriel à votre* ***agence régionale de santé*** *avant le 8 novembre 2021 midi, délais de rigueur. Un accusé de réception vous parviendra et la réponse de sa sélection vous sera notifiée avant le 20 décembre 2021.*

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

**Nom de l’EHPAD :**

Numéro FINESS géographique de l’EHPAD :

**Adresse :**

**Département :**

**Contact projet :** nom/ fonction/ tel/ mail…

Nbre de places autorisées : ………………….

Nbre de places habilitées à l’aide sociale : ……….

**Nombre de salariés permanents :**

Nombre de bénévoles et de jeunes en service civique (*le cas échéant*) :

Nom et adresse du gestionnaire (*si différent*) :

**Catégorie de l’établissement :**

* public
* privé non-lucratif
* privé lucratif

**Titre du projet : ………………………………………………………………………………..**

1. **Le projet**

1.1 **Décrivez votre projet** (3 pages max)

*Précisez les objectifs, comment sera conçu le lieu, quel sera son fonctionnement, quels types d’activités sont envisagés, qui sera associé à l’élaboration du programme*

1.2 **Décrivez le ou les lieux identifiés et les travaux envisagés** pour le projet (1 page max)

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

1.3 **Impact attendu** (10 lignes max)

*Le projet sera réussi si…* (complétez)

1.4 **Originalité** (10 lignes max)

*Pourquoi devrions-nous sélectionner votre projet ? Qu’est-ce qui fait selon vous son intérêt, son originalité ?*

1. **Partenariat et gouvernance**

2.1 **Qui est ou qui sont le(s) partenaire(s) associé(s)** au tiers-lieu ? (20 lignes max)

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

* 1. **Quelle gouvernance ?**

La spécificité du tiers-lieu est d’offrir un espace imaginé et co-animé avec les utilisateurs de l’espace puisqu’il s’appuie sur le « faire-ensemble ». Il est donc important de prévoir une large place à la dimension collaborative du projet, que ce soit dans son élaboration que dans son fonctionnement.

**Pilotage**

*Comment va être piloté le projet, par qui, en s’appuyant sur quelles ressources ? (5 lignes max)*

**Participation**

*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… (10 lignes max)*

**Avis et implication du CVS (conseil de la vie sociale) dans le projet** (5 lignes max)

1. **Calendrier du projet**

3.1 **Décrivez les grandes étapes du projet** (15 lignes max)

*Précisez le calendrier prévisionnel des travaux et aménagements*

3.2 **Perspectives de pérennisation du projet** (5 lignes max)

1. **Budget**

Coût total du projet TTC :………………€

**Montant sollicité : ………………€**

*Votre projet va-t-il générer des recettes ? Sur quel type d’activités ? (3 lignes max)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES** | Montants HT | Montants TTC | **RECETTES** | Montants HT | Montants TTC |
| **Charges de personnel affectées au projet** |  |  | **Subventions acquises** |  |  |
| * Contractuel * Stagiaire rémunéré * Gratification de service civique | €  €  € | €  €  € | * Subvention 1 (précisez) * Subvention 2 (précisez) | €  € | €  € |
| **Achat de prestations** |  |  | **Subventions en cours de demande** |  |  |
| * Prestation d’ingénierie de projet, coordination, DSL * Prestation d’AMO travaux | €  € | €  € | * **Subvention sollicitée CNSA** : * Subvention 2 | €  € | €  € |
| **Dépenses aménagement / travaux** |  |  | **Recettes hors subventions** |  |  |
| Travaux | € | € | Participation en fonds propres et/ou autofinancement de l’EHPAD | € | € |
| **Autres achats** |  |  | **Autres** |  |  |
| Équipement  Mobilier  Autre (précisez) | €  € | €  € | **Préciser : ……………** | € | € |
| **TOTAL DES DÉPENSES** | **€** | **€** | **TOTAL DES RECETTES** | **€** | **€** |

NOM et TITRE DU SIGNATAIRE**: DATE :**

**SIGNATURE :**

1. **Pièces à joindre**

**Pièces obligatoires** :

* Devis des travaux
* Devis pour une prestation en AMO le cas échéant
* Lettre d’engagement des partenaires
* Délégation de signature du signataire
* Arrêté d’autorisation de l’établissement
* IBAN (en cas de trésorerie générale, joindre une attestation de la trésorerie faisant apparaître le nom du titulaire du compte)

*Pour les établissements publics :*

* délibération du conseil d’administration approuvant le projet

*Pour les associations :*

* copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture
* statuts

*Pour les sociétés commerciales :*

* extrait du Kbis,
* inscription au registre du commerce

**Pièces pouvant être jointes au dossier (facultatif)** :

Vous pouvez adjoindre votre dernier rapport d’activité ainsi que des photos, afin de permettre au jury de se faire une idée de l’environnement du projet.

Un avis formalisé du CVS sur le projet serait un plus.

Le présent dossier doit être rempli, signé et adressé avec ses pièces jointes par courriel à votre agence régionale de santé (ARS) avant le 8 novembre 2021 midi, délais de rigueur.

Retrouvez la liste des adresses mails des ARS dans le cahier des charges de l’appel à projets.

ATTENTION : pour faciliter la bonne réception du projet par l’ARS, merci de bien veiller à ce que le poids total de votre courriel portant candidature n’excède pas 5 Mo.

Un accusé de réception vous parviendra et la réponse de sa sélection vous sera notifiée avant le 20 décembre 2021.