**DOSSIER DE CANDIDATURE – GRILLE DE REPONSE EHPAD**

**–**

**PREVENTION EN EHPAD**

**Veuillez indiquer du porteur du projet (format standardisé) en précisant dans le cadre ci-joint le type d'action(s) de prévention proposée(s) (ex : dénutrition, chutes, dépression, …).**

|  |
| --- |
|  |

1. **PRESENTATION DU PORTEUR DU PROJET**
* **Etablissement (Nom, adresse, n°FINESS, capacité : nombre de lits installés, médecin coordonnateur)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l'établissement** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse postale** |  |
| **Numéro FINESS de l'établissement**  |  |
| **Adresse mail du représentant légal de l'établissement** |  |
| **Nom et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |
| **Actions de prévention déployées en N-1 (thématiques à préciser) au sein de l'établissement** |  |
| **Capacités (nombre de lits installés)** |  |
| **Médecin coordonnateur (coordonnées et quotité de travail)** |  |
| **Partenariats existants avec d'autres EHPAD** |  |

* **Etablissements partenaires du projet (nom, adresse, capacité : nombre de lits installés, médecin coordonnateur). Un tableau par établissement partenaire du projet (à insérer pour chaque établissement, avec un numéro comme pour le tableau ci-après : établissement 2, établissement 3, …).**

***Etablissement 1***

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l'établissement partenaire du projet** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse postale** |  |
| **Numéro FINESS établissement et numéro FINESS EJ (entité juridique)** |  |
| **Actions de prévention déployées en N-1 (thématiques à préciser) au sein de l'établissement** |  |
| **Lettre d'engagement de l'établissement** |  |
| **Capacité (nombre de lits installés)** |  |
| **Médecin coordonnateur (coordonnées et quotité de travail)** |  |

1. **THEMATIQUES DE PREVENTION**
* **Actions de prévention proposées, calendrier, établissements concernés. Un tableau par action (à insérer, avec un numéro d'action : action 2, action 3, …).**

***Action 1***

|  |  |
| --- | --- |
| **Action de prévention proposée (intitulé)** |  |
| **Descriptif de l'action (animations, ateliers, …)** |  |
| **Personnes cibles (nombre, qualité)** |  |
| **Contenu de l'action (grandes lignes)** |  |
| **Qualité de l'intervenant** |  |
| **Nombre d'heures programmées** |  |
| **Pilotage de l'action** |  |
| **Leviers (expliquer)** |  |
| **Nombre d'heures programmées** |  |
| **Calendrier de déploiement et durée de l'action** |  |
| **Organisation inter établissements** |  |
| **Etablissements concernés** |  |
| **Organisation inter établissements (EHPAD, PUV)** |  |
| **Articulation avec l'environnement partenarial (dont programme coordonné de prévention de la conférence des financeurs)** |  |
| **Articulation avec les partenaires des établissements (professionnels de santé, établissements sanitaires, …)** |  |
| **Critères d'évaluation** |  |
| **Budget de l'action** |  |
| **Si cofinancement(s) de l'action, nom(s) et montant(s) du(es) partenaire(s)** |  |
|  **Budget sollicité auprès de l'ARS** |  |

1. **SYNTHESE BUDGETAIRE DU PROJET A FINANCER**

|  |  |
| --- | --- |
| **Budget par action** | **Montant sollicité ARS** |
| **Action 1** |  |
| **Action 2** |  |
| **Action 3** |  |
| **Action 4** |  |
| **Action 5** |  |
| **Action 6** |  |
| **Action 7** |  |
| **Action 8** |  |
| **Action 9** |  |
| **Action 10** |  |
| **TOTAL des financements ARS demandés** |  |