**ANNEXE N° 2**

**Lettre d’engagement type**

Je, soussigné(e) ……………………………………………………………………………………………………………………

Directeur / directrice de l’EHPAD ………………………………………………………………………………………..
situé à………………dans le département de …………………………………………………………………………….

m’engage, au titre de l’EHPAD géré, sur les points suivants :

Sous réserve de la validation de mon projet, établi au titre de l’AMI 2025 :

* à faire fonctionner le dispositif HTSH le plus en conformité possible avec la cible (taux d’occupation de 70 %) ;
* élaborer un projet de service HTSH qui sera intégré au projet d’établissement de l’EHPAD ;
* formaliser et signer des conventions avec les différents partenaires cités dans le dossier ;
* identifier un professionnel référent de ce dispositif au sein de l’EHPAD et communiquer
sur ce point ;
* communiquer sur la disponibilité des places en hébergement temporaire en sortie d’hospitalisation auprès des usagers et des professionnels et structures de santé
du territoire couvert ;
* communiquer à l’ARS et dans les délais indiqués toutes informations et documents qui me seront demandés dans le cadre du suivi et de l’évaluation du dispositif ;
* participer aux réunions proposées par l’ARS pour la mise en œuvre et le suivi du dispositif.

Date :

Signature :