****

**Dossier de candidature**

|  |
| --- |
| CREATION EN 2025DE DISPOSITIFS DE CONSULTATIONS DEDIEES POUR PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP SUR LES DEPARTEMENTS DES ALPES-DE-HAUTE-PROVENCE ET DES HAUTES-ALPES |

***Porteur du projet :***

1. **Etablissement support**
	1. **Identification de l’établissement:**

|  |
| --- |
| **Présentation du porteur** |
| **Nom de l’établissement support** |  |
| **Statut juridique** |  |
| **Adresse de l’établissement support** |  |
| **Nom, prénom, fonction et adresse mail du représentant légal de l’auteur de la demande** |  |
| **N° FINESS juridique et géographique** |  |
| **N° SIRET** |  |
| **Téléphone**  |  |
| **Nom, fonction et coordonnées de la personne chargée du dossier** |  |

*Apportez toute autre précision jugée nécessaire sur les activités du gestionnaire porteur :*

### Présentation des activités de l’établissement support du projet :

1. **Description du projet**

*Décrire les modalités d’élaboration du projet en précisant les objectifs visés en terme de service rendu conformément à l’instruction du 20/10/2015[[1]](#footnote-1) et l’annexe 2 du cahier des charges national****.*** *Décrire de façon opérationnelle les modalités d’organisation du dispositif du dispositif de consultations dédiées, l’articulation avec les dispositifs existants du secteur sanitaire et médico-social.*

1. **Organisation et fonctionnement**
2. **Modalités de fonctionnement du SAPPH**

|  |  |
| --- | --- |
| ***Expérience et connaissance de l’établissement*** *(dans le champ de la santé et de la prise en charge du handicap)*  |  |
| ***Présentation du fonctionnement du dispositif :*** * ***Moyen humain*** *(Description de l’équipe, profils des ETP dédiés)*
* ***Adéquation des moyens humains avec le projet***
* ***Mutualisation des ressources*** *(description des modalités de mutualisation des moyens matériels et humains)*
* ***Diagnostic de territoire*** *(caractéristiques du territoire d’implantation)*
* ***Territoire d’implantation et description de la démarche de partenariat territorial****)*
* ***Présentation du plan de formation continue du personnel***
* ***Présentation de la gouvernance*** *(composition et organisation, modalités de la participation des usagers …)*
* ***Calendrier de recrutement et de mise en œuvre (****Décrire les différents jalons du projet et le calendrier de démarrage envisagé avec ses différentes étapes.*

***Modalité d’accueil et de conseil des usagers :**** ***Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS***
* ***Présentation des missions du dispositif de consultations dédiées***
* ***Capacité à répondre aux objectifs du dispositif de consultations dédiées (****offre de soins proposée (diagnostics, curatifs et préventifs)*
* ***Description des locaux*** *(*conditions matérielles d’accueil, adaptations envisagées *…)*
 | *Joindre un schéma organisationnel**mettant en relief le processus d’admission et d’accompagnement des personnes de « l’entrée à la sortie du dispositif ».* |
| * ***Partenariats******et coopérations formalisés******et envisagés***
* ***Partenariats diversifiés***
 | *Joindre les lettres d’engagement et les conventions de partenariat* |
| * ***Modalités de suivi et d’évaluation*** *(indicateurs d’activité et d’atteinte des objectifs)*
 |  |

1. **Le financement**

*Expliciter les modalités d’utilisation de l’enveloppe dédiée à la création du dispositif de consultations dédiées conformément au cadrage budgétaire prévu par l’AMI.*

1. INSTRUCTION N° DGOS/R4/DGCS/3B/2015/313 du 20 octobre 2015 relative à la mise en place de dispositifs de consultations dédiés pour personnes en situation de handicap [↑](#footnote-ref-1)