

# ANNEXE 1 : TRAME DE REPONSE A L’APPEL A CANDIDATURE

* + - 1. **Présentation du service**

**Identification de la structure**

Nom : …………………………………………………………………………………………………..………………………………….......

Statut juridique : ……………………………………………………………………………………………...…………………………..

Adresse du siège social : ………………………………….….…………………………………………………………………………

Code postal et commune : ………………………………..…………………………………………………………………………..

Courriel et téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………..

N° SIRET/SIREN : ……………………………………………………………………………………………………………………………

N° d’identification au répertoire national des associations : ………………………………………………………….

N° FINESS : ……………………………………………………………………………………………………………………………………..

**Identification du responsable légal de la structure**

Nom et prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………..

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel et téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………..

**Identification de la personne chargée du dossier (si différente du responsable)**

Nom et prénom : …………………………………………………………………………………………………………………………..

Fonction : ………………………………………………………………………………………………………………………………………

Courriel et téléphone : …………………………………………………………………………………………………………………..

**Caractéristiques de la structure**

Principales activités réalisées :

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

Activité annuelle en nombre d’heures (réalisée en 2017 et 2018) :

* Dont activité APA (2017/2018):
* Dont activité PCH (2017/2018):
* Dont activité Aide sociale (2017/2018):

Nombre de personnes suivies :

* Personne âgées: ……………………………………………………………………………………………………………
* Personnes en situation de handicap :…………………………………………………………………………….
* Autres :……………………………………………………………………………………………………………………………

Effectif total du service (en nombre d’ETP):

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

Pour le personnel d’intervention (précisez par types de postes le nombre d’ETP):

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

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

Pour le personnel d’encadrement (précisez par types de postes le nombre d’ETP) :

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

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

Bénévoles (précisez le nombre et les missions) :

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

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

Relations avec d’autres associations, affiliation à un réseau/union/fédération :

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

Précisez si service franchisé : …………………………………………………………………………………………………………

Amplitude horaire d’intervention (semaine et week-end) : …………………………………………………………..

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

Engagement sur le délai moyen d’intervention en cas de sortie d’hospitalisation :

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

Engagement sur le délai de remplacement d’un professionnel en cas d’absence :

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

**Projection d’activité 2019**

Activité prévisionnelle 2019 :

* dont activité APA :
* dont activité PCH :
* dont activité Aide sociale:
* dont heures estimées sur des missions définies dans la dotation complémentaire :

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

* + - 1. **Présentation des moyens que le service entend mobiliser pour piloter le CPOM**

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

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

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

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

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

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

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

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

* + - 1. **Enjeux relatifs aux missions définies dans la dotation complémentaire et moyens du service pour y répondre**

Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs aux missions définies dans la dotation complémentaire par le Département et les moyens envisagés pour y répondre :

**Le profil des personnes accompagnées, par exemple :**

* + - personnes en GIR 1 et 2 et personnes attributaires de la PCH bénéficiant d’une aide humaine de plus de 90 heures par mois ;
    - personnes en GIR 3 et personnes attributaires de la PCH bénéficiant d’une aide humaine de moins de 90 heures par mois ;
    - personnes en situation complexe (pas de proche aidant, intervention en binôme…) ;

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

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

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

**L’amplitude d’intervention, par exemple :**

* interventions de courte durée :
* nombre d’heures assurées les dimanches et jours fériés :
* interventions la nuit :

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

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

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

**Les caractéristiques du territoire d’intervention, par exemple :**

* + - nombre d’heures assurées sur des communes identifiées comme isolées [selon une liste définie en annexe]
    - nombre d’heures assurées sur des quartiers prioritaires de la ville [selon une liste définie en annexe]

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

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

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

* + - 1. **Présentation des engagements du service en matière de :**

**Mise en place de la télégestion**

Préciser :

* Le choix du logiciel de télégestion
* L’éditeur
* S’il permet de faire la gestion de planning et/ou la facturation
* Sinon précisez les logiciels
* Si le logiciel est déjà acquis ou en cours d’acquisition.

**Facturation aux usagers**

Fournir une facture type simplifiée pour la lecture par l’usager et comprenant la valorisation de la prise en charge par le Département.

Date: Signature par le représentant légal :