

**ANNEXE : TRAME DE REPONSE A L’APPEL A CANDIDATURES**

**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 : ……………………………………………………………………………………………

Date de la première autorisation (ou ex. agrément) : ………………………………………………

**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 : …………………………………………………………………………………

**Activité 2024**

Total des heures réalisées au domicile des usagers (toutes prestations confondues) :

* dont heures APA :
* dont heures PCH :
* dont heures Aide sociale :

Nombre de personnes suivies :

* Personne bénéficiaires de l’APA :
* dont GIR 1 :
* dont GIR 2 :
* dont GIR 3 :
* dont GIR 4 :
* dont bénéficiaires de l’APA avec un taux de participation compris entre 0 et 5% :
* Personnes bénéficiaires de la PCH :
* Personnes bénéficiaires de l’Aide sociale :

Durée minimale d’intervention consécutive :

Amplitude horaire d’intervention :

Zone géographique d’intervention :

**Personnel**

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

* Dont personnel d’intervention (en ETP) :
* Dont personnel d’encadrement (en ETP) :

Focus Personnel d’intervention

Pourcentage d’intervenant.e.s en CDI :

Pourcentage d’intervenant.e.s à temps complet :

Pourcentage d’intervenant.e.s ayant un diplôme en lien avec leur activité :

Ancienneté moyenne des intervenant.e.s dans la structure :

**Télégestion**

Description du système de télégestion appliqué dans la structure, ou qu’il est envisagé d’acquérir par la structure (nom du logiciel, équipement mobile ou non, date de mise en place, % de bénéficiaires couverts, …) :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Description libre du service et présentation de ses spécificités**

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

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

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

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

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

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

**1° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités**

**Niveau de priorité pour le Département :** non prioritaire

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés**

**Niveau de priorité pour le Département :** non prioritaire

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**3° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire**

**Niveau de priorité pour le Département :** haute

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**4° Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées**

**Niveau de priorité pour le Département :** non prioritaire

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**5° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants**

**Niveau de priorité pour le Département :** Haute

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**6° Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées**

**Niveau de priorité pour le Département :** non prioritaire

**Décliner une fiche par action sur cette thématique**

|  |
| --- |
| **Fiche action N°….****Objectif :** **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Action : Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Modalités de mise en œuvre :** ………………………………………………………………………………………………………**Délai de réalisation de l’action :** ………………………………………………………………………………………………………**Indicateur (s) de suivi***(suivi de la réalisation en œuvre, échéances intermédiaires)***:**………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………**Indicateurs de résultat :**……………………………………………………………………………………………………… |

**Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine**

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l’objet d’un financement à l’heure, indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par la valorisation

|  |
| --- |
| **1° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant de l’action** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

|  |
| --- |
| **2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant de l’action** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

|  |
| --- |
| **3° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant de l’action** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

|  |
| --- |
| **4° Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant de l’action** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

|  |
| --- |
| **5° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant alloué** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

|  |
| --- |
| **6° Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées\*** |
| **Actions** | **Modalités de calcul\*** | **Montant alloué** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|   | Total |  |

**\*Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l’objet d’un financement à l’heure, indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par la valorisation

|  |  |
| --- | --- |
| **Axe** | **Total par axe** |
| 1° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités |  |
| 2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés |  |
| 3° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire |  |
| 4° Apporter un soutien aux aidants des personnes accompagnées |  |
| 5° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants |  |
| 6° Lutter contre l'isolement des personnes accompagnées |  |
| **Total des axes** |  |