# ANNEXE 1 : DOSSIER 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 :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **2017** | **2018** | **2019****(Activité prévisionnelle)** |
| Heures APA réalisées |  |  |  |
| Heures APA PCH réalisées |  |  |  |
| Heures réalisées au titre de l’aide sociale (ménagère) |  |  |  |
| Autres heures d’aide à domicile |  |  |  |
| **Total des heures d’aide à domicile réalisées** |  |  |  |

**Nombre de personnes suivies :**

|  |  |
| --- | --- |
|  | **2018** |
| Personnes âgées |  |
| Personnes handicapées |  |

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

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

**Pour le personnel d’intervention (précisez par types de qualification):**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Qualification** | **Effectif physique** | **ETP** |
| Catégorie A |  |  |
| Catégorie B |  |  |
| Catégorie C |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Postes** | **Effectif physique** | **ETP** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

**Bénévoles (précisez le nombre et les missions) :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Types de missions** | **Nombre de bénévoles concernés** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

*NB : un même bénévole ne doit être comptabilisé qu’une seule fois et ne doit donc être rattaché qu’à une mission, celle qu’il exerce à titre principal.*

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

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

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

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

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

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 :

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

* + - 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 :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Année 2018** |
| Nombre total d’heures concernant des plans avec des interventions en semaine, les dimanches et jours fériés, et supérieurs à 41 heures mensuelles |  |
| Dont Nombre d’heures concernant des personnes en GIR 1 |  |
| Dont Nombre d’heures concernant des personnes en GIR 2 |  |
| Dont Nombre d’heures concernant des personnes en GIR 3 |  |

**L’amplitude d’intervention :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Oui / Non** | **Horaire** |
| Existence d’une amplitude d’intervention de 7h à 21h  |  | (en cas d’amplitude différente) |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Indicateurs** | **Oui / Non** | **Horaire** |
| Existence d’une astreinte téléphonique en dehors des heures d’ouverture en semaine |  |  |
| Existence d’une Existence d’une astreinte téléphonique le week-end et les jours fériés |  |  |
| Existence d’une astreinte opérationnelle en dehors des heures d’ouverture en semaine |  |  |
| Existence d’une astreinte opérationnelle le week-end et les jours fériés |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Année 2018** |
| Nombre d’heures d’intervention réalisées les dimanches et jours fériés au titre de l’APA  |  |
| Part des heures réalisées les dimanches et jours fériés au titre de l’APA par rapport au nombre total d’heures réalisées au titre de l’APA  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Année 2018** |
| Nombre d’heures d’intervention réalisées la nuit (soit entre 21h et 7h) au titre de l’APA  |  |
| Part des heures réalisées la nuit au titre de l’APA par rapport au nombre total d’heures réalisées au titre de l’APA  |  |

**Les caractéristiques du territoire d’intervention :**

|  |  |
| --- | --- |
| **Indicateurs** | **Année 2018** |
| Nombre d’heures d’intervention réalisées au titre de l’APA dans les communes sous denses |  |
| Part des heures réalisées au titre de l’APA dans les communes sous denses en 2018 dans le nombre total d’heures réalisées au titre de l’APA en 2018. |  |

* + - 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 :