



|  |
| --- |
| **Appel à candidatures**  **Accompagnement au déploiement des IPA dans les**  **Établissements d’Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD) bretons**  **Dossier de candidature** |

**Date limite de dépôt du dossier 08/07/2022**

Les dossiers doivent être adressés par voie électronique à l’ARS Bretagne Siège à l’adresse suivante :

* [ARS-BRETAGNE-AUTONOMIE@ars.sante.fr](mailto:ARS-BRETAGNE-AUTONOMIE@ars.sante.fr)
* [vanessa.galesne@ars.sante.fr](mailto:vanessa.galesne@ars.sante.fr)

1. **Eléments de contexte**

Se référer au cahier des charges.

1. **Présentation des établissements concernés par le dépôt du projet**

Les établissements concernés par le projet sont invités à déposer un seul dossier de candidature sur la base du présent document type, identifier l’établissement qui sera « porteur » du projet et qui sera destinataire des crédits et apposer les signatures des différents directeurs et directrices concernés en fin du présent dossier.

1. **Etablissement porteur :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement porteur : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

1. **Autres établissements concernés :**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement concerné : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement concerné : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement concerné : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement concerné : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’établissement concerné : |  |
| Numéro FINESS de l’établissement : |  |
| Nombre de places : |  |
| Tarif global/Tarif partiel : |  |
| Adresse mail : |  |
| Nom Prénom du Directeur : |  |
| Nom et Coordonnées du médecin coordonnateur : |  |

1. **Présentation des établissements concernés par le dépôt du projet**

Merci de décrire succinctement les éléments de contextes (30 lignes maximum) : IPA recrutée ou en cours de recrutement, projections à moyen et plus long terme, projets de coopération entre EHPAD, lien avec les médecins traitants, etc….

|  |
| --- |
|  |

1. **Projet déposé par les établissements**
2. Accompagnement au **recrutement d’IPA**

L’ARS participe au financement des IPA en mobilisant une enveloppe forfaitaire de 30 000€ par poste (correspondant à une prise en charge à hauteur de 50%). Il s’agit d’un financement sur une année, au titre de l’année 2022.

L’établissement qui dépose une demande de financement s’engage à cofinancer le poste à hauteur de 50% ; ainsi qu’à pérenniser le financement des postes qui auront été cofinancés par l’ARS.

|  |  |
| --- | --- |
| **IPA** | |
| Spécialité : |  |
| Service : |  |
| Date de recrutement effective ou prévisionnelle : |  |

**- Indicateurs de résultats pour le suivi du projet** (court, moyen, long terme)

|  |
| --- |
|  |

**- Quelles actions ont été prévues pour intégrer les missions de l’IPA dans le fonctionnement des établissements**

|  |
| --- |
|  |

**- Quelles actions ont été prévues pour intégrer les missions de l’IPA dans l’organisation territoriales (lien avec les médecins traitants)**

|  |
| --- |
|  |

**- Argumentaire libre** (30 lignes maximum)

|  |
| --- |
|  |

*Date :*

*Nom et Prénom du Directeur de l’établissement porteur :*

**La signature de l’ensemble des directions d’établissements concernées est sollicitée**

*Signatures :*

*Données personnelles*

*L’ARS Bretagne procède à un traitement de vos données personnelles pour la gestion et le suivi de l’appel à candidature IPA, traitement nécessaire à la mission d’intérêt public dont est investie l’ARS en vertu de l’article L. 1431-2 du Code de la santé publique.*

*Vos données sont conservées pendant 5 ans et sont uniquement destinées aux services internes de l’ARS en charge de l’AAC et, le cas échéant, des partenaires institutionnels intervenant sur certaines des thématiques du présent appel à candidature.*

*Vous pouvez accéder aux données vous concernant, vous opposer au traitement de ces données, les faire rectifier ou geler l’utilisation de vos données en exerçant votre demande auprès du délégué à la protection des données :* [*ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr*](mailto:ARS-BRETAGNE-CIL@ars.sante.fr) *ou par voie postale.*

*Vous disposez également du droit d’introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l’Informatique et des Libertés (CNIL) si vous estimez que le traitement de vos données constitue une violation de la règlementation.*