**Appel à candidature 2023**

**« Un tiers-lieu dans mon EHPAD »**

**Dossier de candidature**

***Le présent dossier doit être rempli, signé et adressé avec ses pièces jointes par mail à*** [***ars-bretagne-investissements-ms@ars.sante.fr***](mailto:ars-bretagne-investissements-ms@ars.sante.fr) ***avant le 13 juillet 2023 midi, délai de rigueur. Un accusé de réception vous parviendra et la réponse de sa sélection vous sera notifiée en novembre 2023.***

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

**Nom de l’organisme gestionnaire :**

**Représenté par :**

**FINESS juridique :**

**Nom de l’EHPAD :**

**Représenté par :**

**FINESS géographique :**

**Adresse :**

**Contact projet :** nom/ fonction/ tel/ mail…

Nbre de places autorisées : ………………….

Nbre de places habilitées à l’aide sociale : ……….

**Catégorie de l’établissement :**

* public
* privé non-lucratif
* privé lucratif

**Titre du projet : ………………………………………………………………………………..**

1. **Le projet**

**1.1 Décrivez votre projet**

**Genèse du projet** (10 lignes max)

**Valeurs du projet** (5 lignes max)

**En quoi consiste le tiers-lieux ?** *comment participe-t-il au lien social et aux échanges intergénérationnels* (1/2 page max)

**Qui sont les partenaires ?** *nature, co-conception et animation*des partenariats (1/2 page max)

**Fonctionnement au quotidien** *: quelles activités, à quelle fréquence, quelles modalités d’animation du lieu* (1/2 page max)

**Le « Faire-ensemble » :** *quelles sont les activités partagées ? Quelles sont les plus-values de ce partage ?*

**En quoi le tiers-lieux peut aider à changer le regard de l’extérieur sur l’EHPAD ?** (5 lignes max)

**En quoi le tiers-lieux valorise l’EHPAD (son environnement, ses équipes) ?** (5 lignes max)

**1.2 Décrivez le ou les lieux identifiés et les travaux envisagés** pour le projet (1/2 page max)

*Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d’aménagement / d’équipement(s) prévus*

**1.3** **Originalité** (10 lignes max)

*Selon vous, pourquoi devrions-nous sélectionner votre projet ? Qu’est-ce qui fait son intérêt, son originalité ?*

1. **Gouvernance**

**2.1 Quelle gouvernance ?**

La spécificité du tiers-lieu est d’offrir un espace imaginé et co-animé avec ses utilisateurs puisqu’il s’appuie sur le « faire-ensemble ». Il est donc important de prévoir une large place à la dimension collaborative du projet, tant dans son élaboration que dans son fonctionnement.

**2.2 Pilotage**

*Comment va être piloté le projet, par qui, en s’appuyant sur quelles ressources ? (5 lignes max)*

**2.3 Avis et implication du CVS (conseil de la vie sociale) (et/ou de toute autre forme de participation citoyenne des résidents) dans le projet** (5 lignes max)

1. **Calendrier du projet**

**3.1 Décrivez les grandes étapes du projet** (15 lignes max)

*Précisez le calendrier prévisionnel des travaux et aménagements, date de démarrage des travaux, date de mise en service du tiers-lieux*

* 1. **Perspectives de pérennisation du projet** (5 lignes max)

1. **Budget**

Coût total du projet TTC :………………€

**Montant sollicité : ………………€**

*Votre projet va-t-il générer des recettes ? Sur quel(s) type(s) d’activités ? (3 lignes max)*

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DÉPENSES** | Montants HT | Montants TTC | **RECETTES** | Montants HT | Montants TTC |
| **Charges de personnel affectées au projet** |  |  | **Subventions acquises** |  |  |
| * Contractuel * Stagiaire rémunéré * Gratification de service civique | €  €  € | €  €  € | * Subvention 1 (précisez) * Subvention 2 (précisez) | €  € | €  € |
| **Achat de prestations** |  |  | **Subventions en cours de demande** |  |  |
| * Prestation d’ingénierie de projet, coordination, DSL * Prestation d’AMO travaux | €  € | €  € | * **Subvention sollicitée à l’ARS** : * **Subvention sollicitée autres :** | €  € | €  € |
| **Dépenses aménagement / travaux** |  |  | **Recettes hors subventions** |  |  |
| Travaux | € | € | Participation en fonds propres et/ou autofinancement de l’EHPAD | € | € |
| **Autres achats** |  |  | **Autres** |  |  |
| Équipement  Mobilier  Autre (précisez) | €  € | €  € | **Préciser : ……………** | € | € |
| **TOTAL DES DÉPENSES** | **€** | **€** | **TOTAL DES RECETTES** | **€** | **€** |

NOM et TITRE DU SIGNATAIRE**: DATE :**

**SIGNATURE :**

1. **Pièces à joindre**

**Pièces obligatoires** :

* Devis des travaux
* Devis pour une prestation en AMO le cas échéant
* Lettre d’engagement des partenaires
* Délégation de signature du signataire
* IBAN (en cas de trésorerie générale, joindre une attestation de la trésorerie faisant apparaître le nom du titulaire du compte)
* Attestation d’absence de double financement européen

*Pour les établissements publics :*

* Délibération du conseil d’administration approuvant le projet

*Pour les associations :*

* Copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture
* Statuts

**Pièces pouvant être jointes au dossier (facultatif)** : photos, plans pour avoir connaissance de l’environnement du projet.

Un avis formalisé du CVS sur le projet serait un plus.