|  |  |
| --- | --- |
| ANNEXE 3 : FICHE DE CANDIDATURE | |
| **Promoteur du projet** | |
| Nom : …………………………………….  Adresse : …………………………………….  CP - Ville : …………………………………….  N° FINESS juridique : …………………………………….  N° FINESS géographique : …………………………………….  SIRET : …………………………………………………………….  Département : …………………………………….  Type de structure :  □ Etablissement médico-social  □ Etablissement de santé  Statut de la structure :  □ public  □ privé à but non lucratif  □ privé à but lucratif  *Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* | |
| **Promoteur associé** | |
| Nom : …………………………………….  Adresse : …………………………………….  CP - Ville : …………………………………….  N° FINESS juridique : …………………………………….  N° FINESS géographique : …………………………………….  SIRET : …………………………………………………………….  Département : …………………………………….  Type de structure :  □ Etablissement médico-social  □ Etablissement de santé  □ autre, précisez : ……………………………………………………………..  Statut de la structure :  □ public  □ privé à but non lucratif  □ privé à but lucratif  *Référent(s) en charge de la coordination du projet : précisez fonction et coordonnées (téléphone et Email) : …………………………………………………………………………………………………………………………………………….* | |
| **Partenaire(s) identifié(s)** | |
| *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au projet.*   |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | |  | **Entité juridique et/ou statut ;**  **Adresse** | **Périmètre d’intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, investisseurs, associations…).** | **Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone** | **Nature du partenariat ou de la participation au projet**  **Préciser les coopérations existantes** | | **Partenaire(s) du projet d’expérimentation :**  *Renseignez 1 ligne par partenariat* |  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |   *Préciser les modalités de formalisation de ces partenariats le cas échéant* | |
| **Justification de la demande** | |
| *Pourquoi ce projet ?*  *- Contexte, constats et besoins identifiés et documentés ayant conduit à la proposition de projet.*  *- Quels sont les atouts du territoire sur lequel sera mise en œuvre le projet ?*  *- Quelles sont les spécificités éventuelles du territoire ?*  *- Quels sont les dysfonctionnements ou ruptures de parcours éventuels observés ?* | |
| **Expérience de la ou des structure(s) candidates pour le portage de la plateforme** | |
| 1. Justification de l’expérience du/des candidat(s) en matière de diagnostic et d’intervention précoce auprès d’enfants avec TND | |
| *cohérence avec le projet d’établissement ou de service, connaissance du territoire et du public, file active des enfants avec TND…* | |
| 1. Respect des recommandations nationales de bonnes pratiques HAS et ANESM | |
| *Formation des personnels, degré d’appropriation par les équipes, modalités de mise en œuvre au sein de la structure…* | |
| 1. Modalités de réalisation des diagnostics et des évaluations | |
| *Utilisation des outils recommandés, modalités d’articulation entre les acteurs, formalisation d’une procédure, modalités d’annonce du diagnostic aux familles…* | |
| 1. Modalités d’élaboration et de mise en œuvre des projets personnalisés d’interventions | |
| *co-construction avec la famille, avec les autres professionnels de l’intervention, coordination des différents acteurs…* | |
| **Stratégie et gouvernance du projet** | |
| 1. Partenariat avec les acteurs | |
| *Description des partenariats, degré de formalisation, modalités de développement envisagées, capacité à mobiliser un réseau de partenaires :*   * *partenariat avec les autres acteurs du territoire : CAMSP, CMPP, services de pédopsychiatrie, réseaux de santé, SSR spécialisés TSLA, autres…* * *partenariat avec les acteurs du niveau 3 : centre ressource autisme, centres de référence pour les troubles du langage et des apprentissages, pour les déficiences intellectuelles, avec les services de neuropédiatrie ou de génétique…* * *partenariat avec les autres dispositifs de coordination : PTA, PCPE…* * *partenariat avec les professionnels libéraux (niveau de connaissance des professionnels installés sur le territoire, analyse quantitative et qualitative éventuelle* | |
| 1. Intégration du projet dans son environnement | |
| *Cohérence de la localisation, capacité à mailler le territoire…* | |
| 1. Gouvernance de projet | |
| *Modalité de gouvernance envisagée pour la préfiguration de la plateforme et pour sa gestion* | |
| 1. Définition de la méthodologie envisagée pour la préfiguration puis la constitution de la plateforme | |
| *Méthodologie de conduite du projet*  *Modalités de fonctionnement envisagées au regard des ressources et des partenariats identifiés sur le territoire départemental* | |
| **Moyens humains, matériels et financiers** | |
| 1. Ressources humaines au sein de la structure candidate | |
| *Adéquation des compétences, plan de formation, supervision,* | |
| 1. Cohérence du budget | |
| *Demande de renforcement budgétaire de la structure pour la mise en œuvre des nouvelles missions* | |
| 1. Calendrier prévisionnel | |
|  | |