

## ANNEXE 1

### CADRE DE REPONSE A L'APPEL A CANDIDATURE

**NOM DE L'ETABLISSEMENT CONCERNE :**

**Raison sociale de l'établissement :**

**N° FINESS juridique :**

**N° FINESS géographique :**

**Statut juridique :** CH  CHU  ESMS  Privé à but non lucratif  Privé à but lucratif   
Autre

**Faites-vous partie d'un GHT ?**  oui  non **et si oui lequel ?**.....

Adresse de l'établissement :

**Prénom et nom du chef d'établissement :**

Courriel du chef d'établissement :

**Prénom, nom et coordonnées de la personne à contacter dans le cadre de l'AAP :**

Téléphone (numéro de la ligne directe ou d'un téléphone portable) :

Courriel :

#### 1 Présentation générale de l'établissement et du ou des services concernés

##### *Pour les établissements sanitaires*

- Activités autorisées :

- Médecine :

Oui  Non

Nombre de lits d'hospitalisation complète :

Nb de places d'hospitalisation de jour :

- Chirurgie

Oui  Non

Nombre de lits d'hospitalisation complète :

Nb de places d'hospitalisation à temps partiel par mention :

- Réanimation

Oui  Non

Nombre de lits d'hospitalisation complète :

- Service d'accueil des urgences      Oui  Non
- SSR :      Oui  Non 
  - Mentions autorisées :
    - Polyvalent :      Oui  Non
    - Affections de la personne âgée polypathologique, dépendante ou à risque de dépendance      Oui  Non
    - Affections de l'appareil locomoteur      Oui  Non
    - Affections du système nerveux      Oui  Non
    - Affections cardio-vasculaires      Oui  Non
    - Affections respiratoires      Oui  Non
    - Affections des systèmes digestif, métabolique et endocrinien      Oui  Non
    - Affections onco-hématologiques      Oui  Non
    - Affections des brûlés      Oui  Non
    - Affections liées aux conduites addictives  

Oui  Non

Nombre de lits d'hospitalisation complète par mention :

Nb de places d'hospitalisation à temps partiel par mention :

- Psychiatrie      Oui  Non
- Autres, préciser : \_\_\_\_\_

- L'établissement dispose-t-il d'une unité EVC-EPR ?  
Oui  Non  Si oui, de combien de lits :  
Nombre de patients accueillis dans cette unité en 2021 :
- L'établissement dispose-t-il d'une unité de soins de réadaptation précoce post-réanimation (SRPR) ?  
Oui  Non  Si oui, de combien de lits :  
Nombre de patients accueillis dans cette unité en 2021 :
- Nombre de patients accueillis en 2021 :
  - Dont accidentés de la route :

**Pour les établissements sociaux et médico-sociaux**

- Statut de l'ESMS :
  - UEROS
  - ESRP/ESPO
  - ESAT
  - FAM
  - MAS
  - IEM
  - EHPAD
  - Autre :

- Nombre de places

- Nombre de personnes en situation de handicap suite à un accident de la route :

## 2 Recevabilité administrative

Date de signature de la charte des 7 engagements :.....

## 3 Contribution à une action de prévention sécurité routière

Avez-vous prévu de contribuer à une action de prévention sécurité routière ?  oui  non  
Si oui, laquelle

## 4 Description du projet

- ❖ Indiquer l'objectif général du projet

- ❖ Pour des travaux, préciser le type de modification prévue avec les améliorations attendues et les zones concernées par les aménagements

- ❖ Décrire les équipements demandés et leur place dans l'élaboration du projet. Si le projet est un plateau technique de « reprise de la conduite », préciser et motiver les choix des modèles retenus

- ❖ Indiquer les compétences des professionnels nécessaires ainsi que les effectifs de personnels prévus et la formation si nécessaire

## 5 Financement du projet (tous les montants en K€, ne pas mettre de décimale)

- Montant total de l'investissement :

- Montant demandé au titre du présent appel de candidature 2022 :

- Montant obtenu en co-financements (sur fond propre, abondement de certains projets spécifiques par l'ARS, notamment au niveau régional via les fonds structurels de l'UE...) :

- Si applicable, montant perçu au titre de l'appel à candidature 2019 :

- Si applicable, montant perçu au titre de l'appel à candidature 2021 :

## 6 Observations

**Souhaitez-vous appeler l'attention sur un point particulier ?**

## 7 Description de la structure de financement du projet

- Présenter le budget détaillé de l'opération (aménagement de locaux et/ou équipements) et indiquer les financements demandés pour moderniser les structures sanitaires et médico-sociales et la part d'autofinancement le cas échéant. L'aide peut représenter jusqu'à 100 % de l'investissement projeté. Joindre à votre dossier tous documents justificatifs et notamment la photocopie du ou des devis des travaux ou achats prévus pour élaborer le projet demandé.

La grille de réponse sera fournie au format Word aux ARS dans le prolongement de la publication de la présente instruction.