**ANNEXE 1 : FORMULAIRE DE RÉPONSE A L’APPEL A CANDIDATURES**

* + - 1. **Identification du lot sur lequel la structure candidate**
* Lot 1 – Arrondissement de Laon
* Lot 2 – Arrondissement de Soissons
* Lot 3 – Arrondissement de St-Quentin
* Lot 4 – Arrondissement de Vervins
* Lot 5 – Arrondissement de Château-Thierry

Préciser en annexe 3 la liste des communes d’intervention envisagée.

* + - 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 :

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

Coût de revient horaire 2018 : …………………………......…………………………………………………………………

Tarifs horaires 2019 et préciser si vous pratiquez des frais annexes : ………………………………………………………………………………….…………………………………………………………………………………………………………………………….…………………………………………………………

* **Activité annuelle en nombre d’heures (réalisée en 2017 et 2018) de la structure au global :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | Prévisionnel 2019 |
| APA |  |  |  |
| PCH |  |  |  |
| AIDE MENAGERE |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

Nombre de personnes suivies :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | Prévisionnel 2019 |
| **PERSONNES AGEES** |  |  |  |
| Dont GIR 1/2 |  |  |  |
| Dont GIR 3/4 |  |  |  |
| Dont GIR 5/6 |  |  |  |
| Dont personnes en situation complexe : très grande dépendance, isolement, intervention en binôme,… |  |  |  |
| **PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** |  |  |  |
| Dont handicap psychique ou pathologie psychiatrique |  |  |  |
| Dont personnes en situation complexe : très grande dépendance, isolement, intervention en binôme,… |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

* **Activité annuelle en nombre d’heures (réalisée en 2017 et 2018) de la structure dans l’arrondissement pour lequel le SAAD candidate :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | Prévisionnel 2019 |
| APA |  |  |  |
| PCH |  |  |  |
| AIDE MENAGERE |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

Nombre de personnes suivies :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | Prévisionnel 2019 |
| **PERSONNES AGEES** |  |  |  |
| Dont GIR 1/2 |  |  |  |
| Dont GIR 3/4 |  |  |  |
| Dont GIR 5/6 |  |  |  |
| Dont personnes en situation complexe : très grande dépendance, isolement, intervention en binôme,… |  |  |  |
| **PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP** |  |  |  |
| Dont handicap psychique ou pathologie psychiatrique |  |  |  |
| Dont personnes en situation complexe : très grande dépendance, isolement, intervention en binôme,… |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |

* **Effectifs de la structure**

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

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

Pour le personnel d’intervention (précisez par types de postes le nombre d’ETP en 2019):

|  |  |
| --- | --- |
| Aide à domicile |  |
| Auxiliaire de vie sociale |  |
| Autres  |  |

Pour le personnel d’encadrement (précisez par types de postes le nombre d’ETP en 2019) :

|  |  |
| --- | --- |
| Direction |  |
| Administration |  |
| Responsable de secteur/coordination |  |
| Autres  |  |

Bénévoles (précisez le nombre et les missions) :

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

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

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

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

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

Amplitude horaire d’intervention (semaine et week-end) :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2017 | 2018 | Prévisionnel 2019 |
| Nombre d’heures dimanches et jours fériés |  |  |  |
| Nombre d’heures de nuit |  |  |  |
| Nombre d’interventions inférieures ou égales à 30 minutes |  |  |  |

Préciser ici l’organisation de vos astreintes (catégorie professionnelle, amplitude horaire, astreinte opérationnelle, astreinte téléphonique, plate-forme téléphonique….) :

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

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 par la structure pour y répondre :

**Le profil des personnes accompagnées, par exemple :**

* personnes en situation complexe : très grande dépendance, isolement, handicap

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

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

**L’amplitude d’intervention, par exemple :**

* nombre d’heures assurées les dimanches et jours fériés :
* interventions la nuit :
* interventions de courte durée
* astreintes

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

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

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

* + - 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.

* **Prévention individuelle**

Préciser le projet de la structure en matière de repérage des fragilités par les intervenants au domicile, d’accompagnement individuel pour le maintien de l’autonomie  (actions envisagées, thématiques abordées …) , les partenariats envisagés dans ce domaine

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

**Qualité des interventions**

Préciser le projet de la structure en matière d’amélioration des pratiques (organisation des tournées, transmission entre intervenants, tutorat …) et d’accompagnement des intervenantes (formation, équipement du logement)

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

* + - 1. **Droits des usagers :**

**Outils de la loi de 2002-2 :**

* Joindre le modèle de contrat d’intervention bénéficiaire
* Joindre modèle de projet d’accompagnement individualisé bénéficiaire
* Livret d’accueil à communiquer

Date: Signature par le représentant légal :