**ANNEXE 1 : REPONSE A L’APPEL A CANDIDATURE**

**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 :
* Date de la première autorisation (ou ex. agrément) :

**Identification du responsable légal de la struc**ture

* 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 :

**Activité du SAAD :**

***Activité annuelle réalisée en nombre d’heures***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **2021** | **2022** | **2023** |
| Heures APA réalisées |   |   |   |
| Heures PCH réalisées |   |   |   |
| Heures réalisées au titre de l’aide sociale (ménagère) |   |   |   |
| Autres heures d’aide à domicile |   |   |   |
| **Total des heures d’aide à domicile réalisées** |  |  |  |
| **Part des heures réalisées au titre de l’APA et de la PCH** |  |  |  |

Nombre de personnes suivies :

* Personnes bénéficiaires de l’APA :
* Dont GIR 1 :
* Dont GIR 2 :
* Dont GIR 3 :
* Dont GIR 4 :

Dont bénéficiaires de l’APA avec un taux de participation inférieur à 20% :

* Personnes bénéficiaires de la PCH :
* Personnes bénéficiaires de l’Aide sociale :

Amplitude horaire d’intervention du service :

Zone géographique d’intervention service :

* Effectif total du service (en nombre d’ETP) :
* Dont personnel d’intervention (en ETP) :
* Dont personnel d’encadrement (en ETP) :
* Focus Personnel d’intervention :
* Pourcentage d’intervenant.e.s en CDI :
* Pourcentage d’intervenant.e.s à temps complet :
* Pourcentage d’intervenant.e.s ayant un diplôme en lien avec leur activité :
* Ancienneté moyenne des intervenant.e.s dans la structure :

***Activité annuelle prévisionnelle en nombre d’heures :***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   | **2025** | **2026** | **2027** |
| Heures APA réalisées |   |  |  |
| Heures PCH réalisées |   |  |  |
| Heures réalisées au titre de l’aide sociale (ménagère) |   |  |  |
| Autres heures d’aide à domicile |   |  |  |
| **Total des heures d’aide à domicile prévisionnelles** |  |  |  |
| **Part des heures réalisées au titre de l’APA et de la PCH** |  |  |  |

**Présentation libre du service et description de ses spécificités :**

**-**

**OBJECTIF 1 : Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités.**

[**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-1-situations-specifiques.pdf**](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-1-situations-specifiques.pdf)

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objecif.**

*Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif***.**

**-**

**Fiche descriptive détaillée par actions proposées par le service selon le modèle ci-dessous, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées dès lors que celles-ci sont en conformités avec le cadre attendu dans l’objectif 1 de la CNSA.

1. Intitulé de l’action :

**-**

1. Publics ciblés/zone géographique concernée

**-**

1. Mise en œuvre **détaillée** de l’action/stratégie

**-**

1. Objectifs et résultats attendus

**-**

1. Calendrier prévisionnel complet et détaillé de l’action

**-**

1. Estimation du coût de réalisation de chacune des actions sur une année pleine. **Les coûts indiqués doivent être détaillés. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par action ainsi que le nombre de bénéficiaires, salariés …**

**OBJECTIF 2 : Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés.**

[**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-2-amplitude-horaire.pdf**](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-2-amplitude-horaire.pdf)

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objecif.**

*Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif***.**

**-**

**Fiche descriptive détaillée par actions proposées par le service selon le modèle ci-dessous, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées dès lors que celles-ci sont **en conformités avec le cadre attendu dans l’objectif 2 de la CNSA.**

1. **Intitulé de l’action :**

**-**

1. **Publics ciblés/zone géographique concernée**

**-**

1. **Mise en œuvre détaillée de l’action/stratégie**

**-**

1. Objectifs et résultats attendus

**-**

1. Calendrier prévisionnel complet et détaillé de l’action

**-**

1. Estimation du coût de réalisation de chacune des actions sur une année pleine. **Les coûts indiqués doivent être détaillés. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par action ainsi que le nombre de bénéficiaires, salariés …**

**-**Calendrier

**OBJECTIF 3 : Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire.**

[**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-3-couverture-territoriale.pdf**](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-3-couverture-territoriale.pdf)

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objecif.**

*Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif***.**

**-**

**Fiche descriptive détaillée par actions proposées par le service selon le modèle ci-dessous, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées dès lors que celles-ci sont en conformités avec le cadre attendu dans l’objectif 3 de la CNSA.

1. **Intitulé de l’action :**

**-**

1. **Publics ciblés/zone géographique concernée**

**-**

1. **Mise en œuvre détaillée de l’action/stratégie**

**-**

1. Objectifs et résultats attendus

**-**

1. Calendrier prévisionnel complet et détaillé de l’action

**-**

1. Estimation du coût de réalisation de chacune des actions sur une année pleine. **Les coûts indiqués doivent être détaillés. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par action ainsi que le nombre de bénéficiaires, salariés …**

**-**Calendrier

**Objectif 5° : Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants.**

[**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-5-qualite-de-vie-au-travail.pdf**](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-5-qualite-de-vie-au-travail.pdf)

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objecif.**

*Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif***.**

**-**

**Fiche descriptive détaillée par actions proposées par le service selon le modèle ci-dessous, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées dès lors que celles-ci sont en conformités avec le cadre attendu dans l’objectif 5 de la CNSA.

1. **Intitulé de l’action :**

**-**

1. **Publics ciblés/zone géographique concernée**

**-**

1. **Mise en œuvre détaillée de l’action/stratégie**

**-**

1. Objectifs et résultats attendus

**-**

1. Calendrier prévisionnel complet et détaillé de l’action

**-**

1. Estimation du coût de réalisation de chacune des actions sur une année pleine. **Les coûts indiqués doivent être détaillés. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par action ainsi que le nombre de bénéficiaires, salariés …**

**-**Calendrier

**Objectif 6° : Lutter contre l’isolement des personnes accompagnées.**

**https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/**[**reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf (sante.gouv.fr)**](https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-6-isolement.pdf)

**Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objecif.**

*Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif***.**

**-**

**Fiche descriptive détaillée par actions proposées par le service selon le modèle ci-dessous, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D’autres actions peuvent également être proposées dès lors que celles-ci sont en conformités avec le cadre attendu dans l’objectif 6 de la CNSA.

1. **Intitulé de l’action :**

**-**

1. **Publics ciblés/zone géographique concernée**

**-**

1. **Mise en œuvre détaillée de l’action/stratégie**

**-**

1. Objectifs et résultats attendus

**-**

1. Calendrier prévisionnel complet et détaillé de l’action

**-**

1. Estimation du coût de réalisation de chacune des actions sur une année pleine. **Les coûts indiqués doivent être détaillés. Indiquer le volume prévisionnel d’heures concernées par action ainsi que le nombre de bénéficiaires, salariés …**

**-**Calendrier