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

* + - 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 :

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

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

* **Activité annuelle en nombre d’heures (réalisée en 2018)  :**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Nbre de bénéficiaires | Nbre d’heures 2018 | Prévisionnel 2019 |
| **PERSONNES AGES** |  |  |  |
| APA (1) |  |  |  |
|  Dont GIR 1 et 2 |  |  |  |
|  Dont GIR 3/4 |  |  |  |
| AIDE MENAGERE (2) |  |  |  |
| **PERSONNES HANDICAPEES** |  |  |  |
| PCH (3) |  |  |  |
|  Dont plan de compensation supérieure à 180 heures |  |  |  |
| AIDE MENAGERE (4) |  |  |  |
| **TOTAL (1)+(2)+(3)+(4)** |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Nombre d’heures dimanches et jours fériés |  |  |  |
|  Dont APA |  |  |  |
|  Dont PCH |  |  |  |

* **Effectifs de la structure**

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

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| Aide à domicile |  |
| Auxiliaire de vie sociale ou DE AES |  |
| Autres  |  |

Pour le personnel d’encadrement (précisez par type de poste 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) :

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, l’amplitude horaire …

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

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

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

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

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

* + - 1. **Présentation des engagements du service en matière de :**
* **Mise en place de la télégestion**

Préciser :

Le choix du logiciel de télégestion

S’il permet de faire la gestion de planning et/ou la facturation

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.

* **Qualité des interventions**

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

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

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

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

* + - 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 :