

**APPEL A CANDIDATURES 2022**

**ATTRIBUTION D’UNE DOTATION COMPLÉMENTAIRE AUX SERVICES D’AIDE ET D’ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD) POUR LE FINANCEMENT D’ACTIONS AMÉLIORANT LA QUALITÉ DU SERVICE RENDU A L’USAGER**

ANNEXE 1 : DOSSIER DE RÉPONSE A L’APPEL A CANDIDATURE

**PRÉSENTATION DU SERVICE**

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom :

Statut juridique :

Adresse du siège social :

Code postal et commune :

Téléphone :

Mail :

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 STRUCTURE

Nom et Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

IDENTIFICATION DE LA PERSONNE CHARGÉE DU DOSSIER (SI DIFFÉRENTE DU RESPONSABLE)

Nom et Prénom :

Fonction :

Téléphone :

Mail :

CARACTERISTIQUES DE LA STRUCTURE

⮚ Description de l’organisation gestionnaire :

⮚ Description du/des service(s) :

*Notamment :*

* Date d’autorisation (ou d’agrément valant autorisation) :
* Date de la dernière évaluation interne/externe ou certification :
* Zone d’intervention autorisée/effective du service : liste des communes / carte des communes sur lesquelles le service prestataire intervient :
* Principales activités du service :
* Cout de revient 2021 :
* Tarifs horaires 2022, précisez si vous pratiquez des frais annexes :

⮚ Activité annuelle du service :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | 2021 | 2022 (Prévisionnel) | Prévisionnel 2023 |
| APA |  |  |  |
| PCH |  |  |  |
| Aide-ménagère |  |  |  |
| Soins palliatifs |  |  |  |
| Caisses de retraite et mutuelles |  |  |  |
| Bénéficiaires sans prise en charge |  |  |  |
| Autre |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |

Taux de participation moyen des bénéficiaires de l’APA : \_\_%

⮚ Effectifs du service au 31.12.2021 :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Nombre d’agents | ETP |
| Intervention |  |  |
| Agent à domicile |  |  |
| Employé à domicile |  |  |
| Auxiliaire de vie sociale |  |  |
| Autre |  |  |
| Encadrement |  |  |
| Direction |  |  |
| Administration |  |  |
| Responsable de secteur/coordination |  |  |
| Autre |  |  |

TÉLÉGESTION

Description du système de télégestion appliqué appliqué dans la structure, ou qu’il est envisagé d’acquérir par la structure (nom du logiciel, équipement mobile ou non, date de mise en place, % de bénéficiaires couverts…) :

POINTS FORTS ET AXES D’AMÉLIORATION DU SERVICE

Reprenez ici les points forts et axes d’amélioration issus des évaluations, certifications, démarches qualité ou projets de service. Les domaines auxquels ils sont rattachés seront en lien avec les objectifs de l’appel à candidatures.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| DOMAINE | POINTS FORTS | AXES D’AMÉLIORATION |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

PROPOSITION D’OBJECTIFS ET D’ACTIONS – CALENDRIER PRÉVISIONNEL DE RÉALISATION

Le candidat renseignera les fiches suivantes, prioritairement pour les objectifs retenus par le Département.

*Rappel : les actions finançables sont précisées au point II.B de l’AAC.*

**FICHE ACTION DE L’OBJECTIF 1 : ACCOMPAGNER LES PERSONNES DONT LE PROFIL DE PRISE EN CHARGE PRESENTE DES SPECIFICITES (PRIORITAIRE)**

Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif et présentez un diagnostic synthétique de la situation actuelle de votre SAAD vis-à-vis de l’objectif. Vous pouvez également évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

Description des actions proposées ou déjà mises en œuvre par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire : les actions finançables par le département, déclinées au point II.B – de l’AAC, peuvent être reprises totalement, ou en partie. D’autres actions peuvent être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

*Le candidat remplira une ligne par action proposées ou déjà mise en œuvre.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOUS-OBJECTIFS  /  FINALITÉS DE L’ACTION | DESCRIPTION DE L’ACTION | MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L’ACTION | DÉLAI DE RÉALISATION DE L’ACTION | INDICATEURS DE SUIVI DE L’ACTION | INDICATEURS DE RÉSULTAT DE L’ACTION | ESTIMATION DU COUT DE RÉALISATION DE L’ACTION  *L’estimation doit être la plus détaillée possible* |
|  | Détailler les résultats attendus de l’action. Préciser s’il s’agit d’une action permanente ou ponctuelle. | Détailler les moyens engagés pour mise en œuvre de l’action , les ressources à mobiliser , les partenariats mis en œuvre …. |  | * Indicateur 1 * Indicateur 2 | * Indicateur 1 * Indicateur 2 | * RH * Moyens matériel * … |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**FICHE ACTION DE L’OBJECTIF 3 : CONTRIBUER A LA COUVERTURE DES BESOINS DU TERRITOIRE (PRIORITAIRE)**

Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif et présentez un diagnostic synthétique de la situation actuelle de votre SAAD vis-à-vis de l’objectif. Vous pouvez également évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

Description des actions proposées ou déjà mises en œuvre par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire : les actions finançables par le département, déclinées au point II.B – de l’AAC, peuvent être reprises totalement, ou en partie. D’autres actions peuvent être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

*Le candidat remplira une ligne par action proposées ou déjà mise en œuvre.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOUS-OBJECTIFS  /  FINALITÉS DE L’ACTION | DESCRIPTION DE L’ACTION | MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L’ACTION | DÉLAI DE RÉALISATION DE L’ACTION | INDICATEURS DE SUIVI DE L’ACTION | INDICATEURS DE RÉSULTAT DE L’ACTION | ESTIMATION DU COUT DE RÉALISATION DE L’ACTION  *L’estimation doit être la plus détaillée possible* |
|  | Détailler les résultats attendus de l’action. Préciser s’il s’agit d’une action permanente ou ponctuelle. | Détailler les moyens engagés pour mise en œuvre de l’action , les ressources à mobiliser , les partenariats mis en œuvre …. |  | * Indicateur 1 * Indicateur 2 | * Indicateur 1 * Indicateur 2 | * RH * Moyens matériel   … |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |

**FICHE ACTION DE L’OBJECTIF 5 : AMÉLIORER LA QUALITÉ DE VIE AU TRAVAIL DES INTERVENANTS (PRIORITAIRE)**

Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif et présentez un diagnostic synthétique de la situation actuelle de votre SAAD vis-à-vis de l’objectif. Vous pouvez également évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

Description des actions proposées ou déjà mises en œuvre par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire : les actions finançables par le département, déclinées au point II.B – de l’AAC, peuvent être reprises totalement, ou en partie. D’autres actions peuvent être proposées. Il peut s’agir d’actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

*Le candidat remplira une ligne par action proposées ou déjà mise en œuvre.*

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| SOUS-OBJECTIFS  /  FINALITÉS DE L’ACTION | DESCRIPTION DE L’ACTION | MODALITÉS DE MISE EN ŒUVRE DE L’ACTION | DÉLAI DE RÉALISATION DE L’ACTION | INDICATEURS DE SUIVI DE L’ACTION | INDICATEURS DE RÉSULTAT DE L’ACTION | ESTIMATION DU COUT DE RÉALISATION DE L’ACTION  *L’estimation doit être la plus détaillée possible* |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |