

**Dossier de candidature**

**relatif à l’appel à manifestation d’intérêt portant sur le répit pour aidants de personnes âgées en situation de perte d’autonomie**

**LE DOSSIER NE DOIT PAS EXCEDER 20 PAGES**

1. **Identification**

**Entité gestionnaire (Porteur)**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale du gestionnaire : |  |
| Adresse : |  |
| N° FINESS juridique : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Statut : |  |
| Représentant légal(Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**Entité établissement**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison Sociale : |  |
| Adresse : |  |
| N° FINESS géographique |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |
| Représentant légal(Indiquer le nom, le prénom et la fonction) |  |

**Personne en charge du dossier de candidature**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom, Prénom : |  |
| Fonction : |  |
| Téléphone : |  |
| Mail : |  |

1. **Présentation du porteur et expérience auprès des aidants**

|  |
| --- |
| Présentation du porteur, de l’entité établissement et expérience auprès des aidants |

1. **Analyse des besoins, diagnostic de l’offre existante et modalités de repérage des aidants**

|  |
| --- |
| Analyse des besoins, diagnostic de l’offre existante, modalités de repérage des aidants*L’analyse des besoins doit être en corrélation avec le territoire que souhaite couvrir le porteur* |

1. **Territoire couvert**

|  |
| --- |
| Indiquer de manière précise le territoire couvert |

1. **Présentation du projet proposé**

Présentation du projet : objectifs, public ciblé, modalités d’organisation de fonctionnement, modalités d’évaluation…

1. **Partenariats**

Indiquer les partenariats existants avec les acteurs, indiquer s’ils sont fonctionnels et formalisés. Préciser les partenariats à développer

1. **Personnel**

*Composition de l’équipe :*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de professionnel** | **Effectif (en nombre)** | **ETP par redéploiement** | **ETP par création** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

*Rôle et mission de chacun des professionnels :*

*Formation des professionnels :*

1. **Locaux (si répit hors domicile)**

|  |
| --- |
|  |

1. **Modalités de pilotage et d’évaluation du projet**
2. **Communication mise en œuvre pour faire connaitre le projet**

Auprès des différents acteurs du territoire, auprès des bénéficiaires potentiels

1. **Budget**

Cf document Excel à remplir.