

**Dossier de candidature pour la création**

**d’une UHR de 12 places en EHPAD**

**PORTEUR DE LA DEMANDE**

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

**PERSONNE EN CHARGE DU DOSSIER**

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

**PRESENTATION DE L’EHPAD DANS LEQUEL SERA SITUEE L’UHR**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de l’EHPAD : |  |
| Adresse : |  |
| FINESS : |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Type d’Hébergement** | **Capacités autorisées** | **Capacités installées** |
| Hébergement permanent personnes âgées dépendantes |  |  |
| Hébergement permanent personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Hébergement temporaire personnes âgées dépendantes |  |  |
| Hébergement temporaire personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Accueil de jour personnes âgées atteintes de la maladie Alzheimer ou maladies apparentées |  |  |
| Autres (à préciser) (ex : personnes handicapées vieillissantes) |  |  |

* L’EHPAD dispose t’il d’une unité spécifique d’hébergement pour personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer ou maladies apparentées :

Oui

Non

Si oui, la décrire (locaux, personnels) :

* L’EHPAD dispose t’il d’un PASA ?

Oui  Préciser le nombre de places : \_\_\_\_\_\_

Non

**OPPORTUNITE DU PROJET**

* Décrire l’analyse de besoin démontrant l’opportunité de création d’une UHR

**POPULATION ACCUEILLIE**

Préciser le nombre de résidents au sein de l’EHPAD susceptibles d’être éligibles à l’UHR : \_\_\_\_\_\_\_

A partir de l’étude de besoin réalisée, préciser le nombre de résidents pouvant venir d’autres structures ou du domicile : \_\_\_\_\_\_\_

Préciser les modalités de repérage des troubles du comportement :

**DESCRIPTION DU PROJET D’UHR**

* Inscription dans le projet d’établissement

Oui

Non

* Inscription dans le livret d’accueil

Oui

Non

* Inscription dans le contrat de séjour

Oui

Non

* Préciser les critères et modalités d’admission et de sortie de l’UHR :

|  |  |
| --- | --- |
| Critères et modalités d’admission en UHR |  |
| Critères et modalités de sortie de l’UHR |  |

**Modalités d’accompagnement thérapeutique**

***Joindre un planning prévisionnel d’activités***

* Indiquer par type d’objectif, les activités proposées

|  |  |
| --- | --- |
| **Objectifs** | **Activités proposées**  **(préciser s’il s’agit d’activités individuelles ou collectives)** |
| Maintenir ou réhabiliter les capacités fonctionnelles restantes |  |
| Maintenir ou réhabiliter les fonctions cognitives restantes |  |
| Mobiliser les fonctions sensorielles |  |
| Maintenir le lien social |  |
| Autres (préciser) |  |

* Préciser par qui est élaboré le programme d’activités
* Préciser les modalités d’organisation de ces activités (rythme, méthode de constitution des groupes pour les activités collectives, personnels accompagnant les activités…)
* Préciser les modalités de suivi et d’évaluation de ces activités
* Inscription de l’accompagnement en UHR dans le projet personnalisé du résident ?

Oui

Non

* Décrire les modalités d’adaptation du projet personnalisé du résident (fréquence d’analyse du projet personnalisé, réévaluation des troubles du comportement, réévaluation des besoins du résident, modalités de synthèse et de transmission des informations…)

***Joindre un modèle de projet personnalisé***

**Lien avec les proches**

* Indiquer les modalités prévues d’implication des proches à l’admission, durant le séjour et à la sortie de l’UHR

**Coordination UHR/EHPAD**

* Préciser les modalités de coordination entre l’UHR et l’EHPAD (transmissions et échanges d’informations, réunions d’équipe…)

**Personnels**

* Préciser les effectifs et ETP des personnels dédiés à l’UHR

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Personnel** | **Effectif** | **ETP par redéploiement** | **ETP par création** |
| Médecin |  |  |  |
| Infirmier |  |  |  |
| Psychomotricien |  |  |  |
| Ergothérapeute |  |  |  |
| Aide soignant |  |  |  |
| Aide médico-psychologique |  |  |  |
| Accompagnant socio-éducatif |  |  |  |
| Assistant de soins en gérontologie |  |  |  |
| Psychologue |  |  |  |

* Présence d’un personnel soignant la nuit :

Oui

Non

* Si oui, préciser sa qualification :
* Indiquer les modalités de remplacement des personnels (absences, congés)
* Préciser les modalités de formation de tous les professionnels intervenant au sein de l’UHR ***(joindre le plan de formation***)
* Préciser les mesures mises en œuvre pour accompagner les personnels de l’UHR (réunions d’analyse et d’échange de pratiques professionnelles, séance collective ou individuelle avec un psychologue…)

**Locaux**

***Joindre un plan détaillé des locaux de l’UHR en indiquant la fonction et la superficie de chaque pièce***

* Préciser les modalités de sécurisation de l’UHR
* L’UHR dispose t’elle uniquement de chambres individuelles : Oui  Non
* Existence d’espaces identifiés :
* d’activités et de soins: Oui  Non
* de convivialité Oui  Non
* Jardin
* attenant à l’UHR : Oui  Non
* sécurisé : Oui  Non
* Terrasse
* attenante à l’UHR : Oui  Non
* sécurisée : Oui  Non
* L’UHR répond t-elle à la réglementation ERP de type J en matière de sécurité incendie (arrêtes du 19 novembre 2001 et du 16 juillet 2007 du règlement de sécurité incendie) ? Oui  Non
* L’UHR répond t’elle a la réglementation relative à l'accessibilité des ERP (arrêtes du 1er août 2006 et du 21 mars 2007 du code de la construction et de l'habitation) ? Oui  Non
* Les locaux de l’UHR sont identifiables par une signalétique spécifique ? Oui  Non

*Travaux*

* Nécessité de travaux : Oui  Non
* Si oui, préciser :

|  |  |
| --- | --- |
| Nature des travaux |  |
| Montant estimé des travaux |  |
| Source de financement des travaux |  |
| Date de programmation du début des travaux |  |
| Durée estimée des travaux |  |

**Partenariat**

Décrire les partenariats existants ou à développer (avec la filière gériatrique, l’UCC, le secteur psychiatrique, les établissements sanitaires, les structures médico-sociales pour personnes âgées et handicapées, les équipes mobiles, l’HAD …)

***Joindre les conventions***

**Budget prévisionnel de l’UHR en année pleine**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Charges** | **Montant en Euros (1)** | **Produits** | **Montant en Euros (1)** |
| **60 Achats** | 0 | **70 Rémunération des services** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **61 Services externes** | 0 | **73 Produits de la tarification** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **62 Autres services externes** | 0 | **74 Subventions** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **63 Impôts et taxes** | 0 | **75 Autres produits de gestion courante** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **64 Frais du personnel** | 0 |  |  |
|  |  | **76 Produits financiers** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **65 Autres charges de gestion** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
|  |  |  |  |
| **66 Charges financières** | 0 |  |  |
|  |  |  |  |
| **67 Charges exceptionnelles** | 0 | **77 Produits exceptionnels** | 0 |
|  |  |  |  |
| **68 Dotation aux amortissements et aux provisions** | 0 | **78 Reprises sur amortissements et provisions** | 0 |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| CHARGES INDIRECTES | |  |  |
| **Charges fixes de fonctionnement** |  |  |  |
| **Frais financiers** |  |  |  |
| **Autres** |  |  |  |
| **TOTAL DES CHARGES** | **0** | **TOTAL DES PRODUITS** | **0** |
| **CONTRIBUTIONS VOLONTAIRES** | | | |
| **86 Emplois des contributions volontaires en nature** | **0** | **87 Contributions volontaires en nature** | **0** |
| Secours en nature |  | Bénévolat |  |
| Mise à disposition gratuite de biens et prestations |  | Prestations en nature |  |
| personnel bénévole |  | Dons en nature |  |
| **TOTAL** | **0** | **TOTAL** | **0** |

*(1) Ne pas indiquer les centimes d'euros, appliquez la règle de l'arrondi*

**CALENDRIER**

* Préciser le calendrier prévisionnel du projet (recrutement, formation, travaux éventuels… et date prévisionnelle d’entrée en fonctionnement de l’UHR)

**INDICATEURS - ENQUETES**

* Le porteur s’engage à répondre à toutes demandes d’indicateurs et d’enquêtes : Oui  Non