

Démarche : ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Organisme : ARSIF - DA -PH (ami)

Identité du demandeur

Email	<input type="text"/>
Civilité	<input type="text"/>
Nom	<input type="text"/>
Prénom	<input type="text"/>

Formulaire

Informations importantes à lire avant de débiter la saisie : Il n'est pas possible de déposer plusieurs dossiers en même temps. Chaque dossier devra faire l'objet d'une saisie individuelle.

Retrouvez toutes les informations utiles concernant démarches simplifiées en cliquant sur les liens suivants:

<https://doc.demarches-simplifiees.fr/tutoriels/tutoriel-usager>
<https://faq.demarches-simplifiees.fr/collection/17-usager-depot-dun-dossier>

L'Agence Régionale de Santé Ile-de-France souhaite poursuivre et accélérer la transformation et le développement de l'offre d'accompagnement médico-social en faveur des personnes en situation de handicap à travers cet appel à manifestation d'intérêt (AMI). Il s'agit de créer une nouvelle offre de proximité répondant aux orientations stratégiques régionales et départementales de l'ARS Ile-de-France et de ses partenaires. Nous vous invitons à vous reporter à l'avis d'AMI, publié sur le site de l'Agence régionale de santé, iledefrance.ars.sante.fr, pour avoir toutes les informations utiles nécessaires à l'élaboration de votre projet.

Le présent AMI s'adresse à l'ensemble des structures médico-sociales handicap déjà détentrices d'une autorisation médico-sociale délivrée par l'Agence régionale de santé Ile-de-France, ou conjointement avec un Conseil départemental ainsi qu'aux opérateurs titulaires d'une autorisation sanitaire qui sollicitent une transformation en autorisation médico-sociale.

Selon les orientations des Conseils départementaux, précisées dans chaque volet départemental, le présent AMI pourra également s'adresser aux structures médico-sociales handicap déjà détentrices d'une autorisation médico-sociale délivrée par un Conseil départemental francilien.

Les projets présentés dans le cadre de cet appel à manifestation d'intérêt doivent être portés par un opérateur unique, issu du secteur médico-social handicap. Ceci n'exclue pas, au demeurant, que le projet présenté repose sur des coopérations entre le sanitaire et un établissement médico-social handicap ou entre un établissement pour personnes âgées et un établissement pour personnes handicapées.

Les mesures nouvelles qui seront attribuées dans le cadre de cet AMI ne peuvent l'être qu'à des acteurs médico-sociaux handicap. Cela implique, pour une structure sanitaire qui souhaiterait déposer un projet, une transformation partielle de son offre.

Pour vous assurer que votre projet peut être étudié dans le cadre de cet AMI nous vous recommandons de vous reporter aux éléments de cadrage juridiques de l'avis d'appel manifestation d'intérêt publié sur le site de l'Agence Régionale

PERSONNE A CONTACTER DANS LE CADRE DE L'AMI

Civilité

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

Nom

Prénom

Fonction

Email

Téléphone

IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET

a.Organisme gestionnaire

Raison Sociale de l'organisme gestionnaire

FINESS Juridique de l'organisme gestionnaire

Organisme Gestionnaire

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ sous CPOM départemental

☐ sous CPOM régional

☐ non sous CPOM

Département

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75

☐ 77

☐ 78

☐ 91

☐ 92

☐ 93

☐

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

☐ 95

b.ESMS porteur du projet

Civilité du Directrice-teur :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Madame

☐ Monsieur

Prénom du Directrice-teur

Nom du Directrice-teur

E-mail de contact

Raison Sociale de l'ESMS porteur du projet

FINESS de l'ESMS porteur du projet

Département d'implantation de l'ESMS porteur du projet :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75 - Paris

☐ 77 - Seine et marne

☐ 78 - Les Yvelines

☐ 91 - Essonne

☐ 92 - Les hauts de seine

☐ 93 - Seine Saint Denis

☐ 94 - Val de marne

☐ 95 - Val d'oise

Catégorie de l'ESMS porteur du projet (se reporter à son dernier arrêté d'autorisation):

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Enfance handicapée

☐ Adultes handicapés

☐ Etablissement sanitaire

Catégorie Enfance

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)

☐ Instituts médico-éducatifs (IME)

☐

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

- ☐ Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)
- ☐ Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- ☐ Institut éducation motrice (IEM)
- ☐ Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)
- ☐ Institut pour déficient visuel (IDV)
- ☐ Institut pour déficient auditif (IDA)
- ☐ Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée
- ☐ Centre d'accueil familial spécialisé
- ☐ Etablissement pour enfant fonctionnant en plateforme (sous arrêté d'autorisation)

Catégorie Adulte

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Etablissement d'accueil médicalisé (EAM /FAM)
- ☐ Établissements et services d'aide par le travail (ESAT)
- ☐ Maisons d'accueil spécialisées (MAS)
- ☐ Établissements expérimentaux pour adultes handicapés
- ☐ Etablissement d'accueil non médicalisé (EANM)
- ☐ Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)
- ☐ Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- ☐ Service de soins infirmiers à domicile PH (SSIAD)

Capacité autorisée

Indiquez la capacité totale de l'ESMS porteur du projet (se reporter à son dernier arrêté d'autorisation):

Capacités installées, de l'ESMS porteur du projet, réparties selon les modalités d'accueil (se reporter à son dernier arrêté d'autorisation):

Accueil de jour

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

Nombre en accueil de jour

Milieu ordinaire

Cochez la mention applicable

- ☐ Oui
- ☐ Non

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Nombre en milieu ordinaire

Internat complet (pour les établissements ouverts moins de 365 jours)

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en internat complet (pour les établissements ouverts moins de 365 jours) :

Internat séquentiel

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en internat séquentiel

Internat de semaine :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en internat de semaine

Internat 365 jours

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en internat 365 jours

Accueil temporaire

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en accueil temporaire

Toutes modalités d'accueil :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Nombre en toutes modalités d'accueil

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Disposez-vous de places dédiées spécifiquement au répit :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Combien :

Déficiences accompagnées dans le cadre de l'autorisation de l'ESMS porteur du projet

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Tous Types de Déficiences

☐ Handicap rare

☐ Troubles du spectre de l'autisme

☐ Cérébro lésés

☐ Déficience intellectuelle

☐ Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

☐ Handicap psychique

☐ Handicap cognitif spécifique

☐ Déficience motrice

☐ Polyhandicap

☐ Déficience auditive grave

☐ Déficience visuelle grave

☐ Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés

LE PROJET DEPOSE

a) Implantation et couverture du projet

Département d'implantation du projet :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ 75

☐ 77

☐ 78

☐ 91

☐ 92

☐ 93

☐ 94

☐ 95

☐ Ile de France

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Commune d'implantation du projet

Commune

Commune

Commune

Couverture du projet :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Régional (le projet répond à un besoin régional et couvrira toute la région)

☐ Départemental (le projet répond à un besoin départemental)

b)Public(s) accompagné(s) dans le cadre du projet déposé

Public accompagné dans le cadre du projet déposé :

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Enfant (0-20 ans)

☐ Enfants (0-20 ans) à double vulnérabilité (pris en charge par l'ASE)

☐ Projet dédié à la transition enfants-adultes

☐ Adultes

☐ Personnes handicapées vieillissantes

☐ Travailleurs handicapés vieillissants

☐ Personnes handicapées vieillissantes en EHPAD

☐ Aide aux aidants - à destination de l'aidé

☐ Aide aux aidants - à destination de l'aidant ou de la dyade aidant-aidé

Le projet déposé concerne-t-il l'accompagnement de situations complexes :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Déficiences accompagnées dans le cadre du projet déposé

Cochez la mention applicable, plusieurs valeurs possibles

☐ Tous Types de Déficiences

☐ Handicap rare

☐ Troubles du spectre de l'autisme

☐ Cérébro lésés

☐ Déficience intellectuelle

☐ Difficultés psychologiques avec troubles du comportement

☐ Handicap psychique

☐ Handicap cognitif spécifique

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

- ☐ Déficience motrice
- ☐ Polyhandicap
- ☐ Déficience auditive grave
- ☐ Déficience visuelle grave
- ☐ Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés

c. Qualification de la demande

Le projet déposé dans le cadre de cet AMI par l'ESMS porteur concerne une :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ 1) Opération relative à une extension de capacité de l'ESMS porteur du projet
- ☐ 2) Opération relative à une transformation avec passage d'une typologie d'établissement ou de service social ou médico-social à une autre
- ☐ 3) Opération relative à la médicalisation de places (compétence conjointe avec le Conseil départemental)
- ☐ 4) Opération relative à la requalification de places suivie d'une opération relative à une extension de capacité des places requalifiées (dans le cadre de cet AMI, les demandes de requalification doivent obligatoirement être accompagnées d'une extension)
- ☐ 5) Opération relative à une transformation d'un établissement de santé en établissement ou service médico-social
- ☐ 6) Opération relative à une transformation partielle de places de l'ESMS porteur du projet suivie d'une opération relative à une extension de capacité des places transformées
- ☐ 7) Opération portant fonctionnement en plateforme de 2 structures ESMS enfants
- ☐ 8) Déploiement d'un dispositif de scolarisation
- ☐ 9) Déploiement d'unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes en EHPAD

Précisez le nombre de places supplémentaires

Précisez le nombre de places transformées

Précisez le nombre de place qui seront médicalisées

Précisez le nombre de place qui seront requalifiées

(dans le cas des unités PHV en EHPAD, le porteur de projet sera représenté par un organisme gestionnaire d'un autre établissement du secteur du handicap déjà implanté au sein du même département)

Précisez le nombre de places :

Précisez le nombre de places supplémentaires souhaitées après extension des places requalifiées

Précisez le nombre de places supplémentaires souhaitées après extension des places transformées

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Précisez la nouvelle déficience accompagnée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Tous Types de Déficiences
- ☐ Handicap rare
- ☐ Troubles du spectre de l'autisme
- ☐ Cérébro-lésés
- ☐ Déficience intellectuelle
- ☐ Difficultés psychologiques avec troubles du comportement
- ☐ Handicap psychique
- ☐ Handicap cognitif spécifique
- ☐ Déficience motrice
- ☐ Polyhandicap
- ☐ Déficience auditive grave
- ☐ Déficience visuelle grave
- ☐ Surdi-Cécité avec ou sans troubles associés

A quel seuil d'extension est-ce que cela correspond ?

(pour effectuer le calcul merci de vous reporter à votre capacité autorisée, par application de l'article D313-2 V du Code de l'action sociale et des familles)

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ < Inférieure à 30%
- ☐ Entre 30% et 100%
- ☐ Entre 100% et 200% pour les projets de compétence exclusive ARS

Précisez la catégorie projetée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Enfance handicapée
- ☐ Adultes handicapés

Catégorie enfance

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

- ☐ Services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD)
- ☐ Instituts médico-éducatifs (IME)
- ☐ Instituts thérapeutiques, éducatifs et pédagogiques (ITEP) et DITEP
- ☐ Centres médico-psycho-pédagogiques (CMPP)
- ☐ Centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP)
- ☐ Institut éducation motrice (IEM)
- ☐ Etablissement pour enfants et adolescents polyhandicapés (EEAP)
- ☐ Institut pour déficient visuel (IDV)
- ☐

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

☐ Établissements expérimentaux pour l'enfance handicapée

Catégorie Adulte

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Etablissement d'accueil médicalisé (EAM /FAM)

☐ Maisons d'accueil spécialisées (MAS)

☐ Établissements expérimentaux pour adultes handicapés

☐ Etablissement d'accueil non médicalisé (EANM)

☐ Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

☐ Services d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

☐ Service de soins infirmiers à domicile PH (SSIAD)

Catégorie projetée

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Etablissement d'accueil médicalisé (EAM /FAM)

☐ Maisons d'accueil spécialisées (MAS)

☐ Établissements expérimentaux pour adultes handicapés

☐ Services d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

☐ Service de soins infirmiers à domicile PH (SSIAD)

Ventilez les places supplémentaires par modalités d'accompagnement:

Ventilez les places transformées par modalités d'accompagnement:

Ventilez les places médicalisées par modalités d'accompagnement:

Ventilez les places requalifiées par modalités d'accompagnement:

Accueil de jour :

Milieu ordinaire :

Internat complet (pour les établissements ouverts moins de 365 jours) :

Internat séquentiel :

Internat de semaine :

Internat complet 365 jours :

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Accueil temporaire :

Toutes modalités d'accueil :

Ventilez les places supplémentaires demandées par modalités d'accompagnement:

Supplémentaire - Accueil de jour

Supplémentaire - Milieu ordinaire

Supplémentaire - Internat complet (pour les établissements ouverts moins de 365 jours

Supplémentaire - Internat séquentiel

Supplémentaire - Internat de semaine

Supplémentaire - Internat complet 365 jours

Supplémentaire - Accueil temporaire

Supplémentaire - Toutes modalités d'accueil

Précisez les structures concernées :

Raison sociale ESMS 1:

FINESS ESMS 1:

Raison sociale ESMS 2 :

FINESS ESMS 2:

Préciser le projet projeté

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ EMASCO

☐ UEMA

☐ UEEA

☐

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

☐ UE

☐ DAR

Précisez la raison sociale de l'EHPAD qui portera l'unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes

Précisez le FINESS de l'EHPAD qui portera l'unité dédiée aux personnes handicapées vieillissantes

d. Calendrier de mise en œuvre

Date prévue de mise en service effective du projet au cours de l'année 2024

Travaux prévus :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Durée des travaux

Montant en €

e) Financement du projet (cet AMI ne finance pas l'investissement Pensez à inclure les coûts liés aux transports des usagers le cas échéant):

Co-financement de l'organisme gestionnaire proposé dans le cadre de ce projet :

Cochez la mention applicable

☐ Oui

☐ Non

Préciser la nature du cofinancement :

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ Investissement

☐ Fonctionnement

Précisez le montant en € :

Le projet déposé relève

Cochez la mention applicable, une seule valeur possible

☐ de la compétence propre ARS

☐ de la compétence conjointe ARS/ Conseil Départemental

☐ de la compétence propre du Conseil Départemental

Coût de fonctionnement total annuel en € du projet demandé à l'ARS:

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Cout de fonctionnement total annuel en € du projet demandé au Conseil Départemental :

Coût de fonctionnement annuel à la place en € à la charge de l'ARS :

Coût de fonctionnement annuel à la place avant l'opération en € à la charge de l'ARS :

Coût de fonctionnement annuel à la place en € à la charge du Conseil Départemental :

Coût de fonctionnement annuel à la place avant l'opération en € à la charge du Conseil Départemental :

Coût de fonctionnement total annuel du projet en €:

Coût de fonctionnement annuel à la place du projet en € :

Coût de fonctionnement annuel à la place avant l'opération en € :

Coût de fonctionnement total annuel du projet en €:

Coût de fonctionnement annuel à la place en € :

Coût de fonctionnement annuel à la place avant l'opération en €

PIECES JUSTIFICATIVES

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Dossier de candidature

Annexe

Type de document

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Document à joindre

Type de document

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Document à joindre

ARSIF - Appel à manifestations d'intérêt (AMI) Plan Inclus'IF 2030

Type de document

--

Pièce justificative à joindre en complément du dossier

☐ Document à joindre