**Année 2019**

*Pour tout complément d’information, contactez la délégation de votre département*

**Dossier de candidature**

**Appel à projets « *Développement, soutien, et pérennisation des centres de santé***

***en Ile-de-France* »**

**Département**

**Coopérations**

**NOM DU CENTRE :**

**COMMUNE :**

**FINESS ET (si créé) :**

**SIRET :**

**MAIL :**

**Téléphone :**

Situation du centre (cocher la case)

* Centre existant
* Projet de centre

Date d’ouverture envisagée :

**PIECES A JOINDRE IMPERATIVEMENT :**

* Projet de santé à jour ou pour les créations une proposition de projet de santé (avec notamment les activités envisagées, les professionnels de santé, le nombre d’ETP, la localisation,…)
* Devis correspondants au projet envisagé
* Statuts de l’organisme gestionnaire
* RIB certifié conforme de l’organisme gestionnaire
* Fiche INSEE (avec le SIRET de l’organisme gestionnaire)

**TOUT DOSSIER INCOMPLET NE SERA PAS TRAITE**

 Candidature

**Préambule**

En remplissant ce dossier, vous confirmez que votre centre répond bien aux critères de recevabilité listés dans le cahier des charges de l’appel à projets, à savoir :

* une offre pluriprofessionnelle, à prédominance médicale,
* une organisation autour de la médecine générale comme pivot,
* assurant des consultations non programmées notamment de médecine générale,
* assurant les principales missions médicales (soins, continuité des soins, parcours de soins, activités de prévention et de dépistage organisées),
* présenter un dimensionnement des activités spécialisées et des plateaux techniques adaptés à celui de l’équipe de 1er recours et aux besoins de la population desservie (biologie, imagerie…),
* avoir une adéquation entre l’activité du centre et son projet de santé

**Les projets recevables feront ensuite l’objet d’une priorisation régionale en fonction de la pertinence du projet soumis et des différents critères de priorisation présentés dans le cahier des charges.**

**TITRE DU PROJET :**

**Le promoteur ET l’équipe**

1. **Le promoteur du projet :**
* **Nom (directeur ou responsable) :**
* **Adresse complète :**
* **Numéro de téléphone :**
* **Adresse mail :**
* **Statut juridique (municipal/associatif/mutualiste) :**
1. **Référent médical (si besoin)**

**Nom du médecin référent pour la validation du projet :**

**Structure d’appartenance :**

1. **L’équipe du projet**

**Composition de l’équipe, préciser les effectifs, équivalents temps plein engagés dans la mise en œuvre du projet (personnel médical, personnel non médical, associatif…)**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **NOM** | **PRENOM** | **FONCTION** | **Equivalent Temps Plein** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

**le projet**

1. La population
2. **A qui s’adresse votre projet**

(Merci de cocher une ou plusieurs cases) :

**Enfants, adolescents et jeunes adultes  [ ]**

**Adultes  [ ]**

**Population générale  [ ]**

**Détenus/sortant de prisons [ ]**

**Personnes isolées/précaires  [ ]**

**Personnes âgées [ ]**

**Entourage, famille [ ]**

**Aidants [ ]**

**Autres [ ]**

1. **File active**

(Donner la file active prévisionnelle pour les centres en projet)

Nombre de patients inscrits médecin traitant : ……………

Nombre de patients pris en charge en moyenne sur l’année : ……………

Nombre de patients CMU : ……………

1. Le territoire concerné
2. **Périmètre d’action**

Principales communes concernées :

Département(s) (si besoin) :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **[ ]  75****[ ]  91****[ ]  94**  | **[ ]  77****[ ]  92****[ ]  95**  | **[ ]  78****[ ]  93**  |

1. **Offre de soins du territoire**

Hôpitaux les plus proches : ……………

Nombre de MG installés sur la commune : ……………

Nombre de spécialistes implantés sur la commune : ……………

1. **Zonage**

Quartier Politique de la Ville (QPV) :

**OUI  [ ]**

**NON [ ]**

Zone d’action complémentaire (ZAC) :

**OUI  [ ]**

**NON [ ]**

Zone d’intervention prioritaire (ZIP) :

**OUI  [ ]**

**NON [ ]**

1. **Besoins de santé**

Existe-t-il des problématiques particulières de santé publique sur le territoire (précarité, diabète, BPCO, …) ?

Décrire ces problématiques et les moyens mis en œuvre pour y répondre :

1. La description du projet
2. **Nature du projet (viabilisation économique, système d’information…) :**
3. **Besoins explicitant le choix du projet :**
4. **Objectifs généraux :**
5. **Modalités de coordination des intervenants :**
6. **Contenu du projet :**

**Lister, le cas échéant, les sources de financement du projet existantes (hors aide éventuelle de l’ARS) en précisant, pour chacune, le montant du financement.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Source** | **Montant** | **Remarques** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

**Donner une estimation budgétaire du projet envisagé (joindre les devis en annexe)**

**Quel que soit le projet, l’ARS ne peut engager des financements que dans la limite de 60% du projet ; l’assiette ne prenant en compte que les éléments éligibles à cet appel à projets. Pour plus de détails, merci de vous reporter au cahier des charges.**

|  |  |
| --- | --- |
| **CHARGES** | **MONTANT** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

**MONTANT DU FINANCEMENT DEMANDE  A L’ARS : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_€**