

DOSSIER DE  
DEMANDE D'AIDE  
À L'INVESTISSEMENT  
DES ESMS PA/PH

ANNÉE 2021

# SOMMAIRE

SYNTHÈSE ET COMPLÉTUDE DU DOSSIER.....	3
FICHE D'IDENTITÉ .....	4
NOM DE L'ENTITÉ MAÎTRE D'OUVRAGE : .....	4
NOM DE L'ENTITÉ GESTIONNAIRE : .....	4
NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....	4
NOM DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DOSSIER : .....	4
I – DESCRIPTIF TECHNIQUE.....	5
A – NATURE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ PAR LES TRAVAUX : .....	5
B – COOPÉRATIONS / MUTUALISATIONS : .....	5
C – DESCRIPTIF DE L'OPÉRATION D'INVESTISSEMENT : .....	5
II – DESCRIPTION FINANCIÈRE.....	8

# SYNTHÈSE ET COMPLÉTUDE DU DOSSIER

## SYNTHÈSE DE LA DEMANDE :

Gestionnaire	
Établissement concerné	
Adresse	
Catégorie d'établissement	
Capacité hébergement	
Capacité accueil de jour	
Unité spécialisée (mentionner le type : PASA/UHR/Unité Alzheimer/PHV)	
Montant des travaux	
Montant de la subvention sollicitée	
Synthèse du programme architectural	
Date de validation du PPI par le Département	

## PIÈCES À FOURNIR en sus du présent dossier complété et dactylographié

- Courrier de sollicitation de la subvention signé par le représentant légal du gestionnaire
- Courrier de sollicitation de la subvention du maître d'ouvrage s'il est différent du gestionnaire
- Plan de situation, plan cadastral et plan de masse
- Programme détaillé de l'opération
- Avant projet de service pour les créations de nouvelles unités spécialisées (UHR, PASA, PHV)
- Copie de l'engagement de l'ARS à financer pour les opérations spécialisées
- Programme pluriannuel d'investissement avec et sans subvention départementale
- Annexe « description financière » tableur joint à compléter
- Tableau de surcoûts liés aux investissements tel qu'annexé au dossier de demande de subvention incluant hypothèses avec et sans subvention départementale
- IBAN

# FICHE D'IDENTITÉ

## NOM DE L'ENTITÉ MAÎTRE D'OUVRAGE : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Statut de l'entité : .....

Représentant légal : .....

Qualité : .....

Type de bail liant le maître d'ouvrage et le gestionnaire : .....

## NOM DE L'ENTITÉ GESTIONNAIRE : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Statut de l'entité (association, EPS, SARL, etc.) : .....

Représentant légal : .....

Qualité : .....

N° de déclaration d'existence : .....

Date de déclaration : .....

## NOM DE L'ÉTABLISSEMENT : .....

Adresse : .....

Tél. : ..... Mail : .....

Directeur : .....

N° FINESS : .....

Date du dernier arrêté d'autorisation : .....

Capacité totale autorisée : .....

Date de signature de la convention tripartite : .....

## NOM DE LA PERSONNE RÉFÉRENTE DU DOSSIER : .....

Qualité : .....

Tél. : ..... Mail : .....

# I – DESCRIPTIF TECHNIQUE

## A – NATURE DES ACTIVITÉS DE L'ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ PAR LES TRAVAUX :

Catégorie d'établissement : .....

Type de public accueilli : .....

Capacité totale : .....

Capacité en hébergement permanente : .....

Capacité en hébergement temporaire : .....

Capacité en accueil de jour : .....

Date de validation du projet d'établissement : .....

Date signature CPOM en cours : .....

## B – COOPÉRATIONS / MUTUALISATIONS :

Conventions avec un établissement de santé (*date et objet*) :

.....

.....

.....

Conventions avec des ESMS (*date et objet*) :

.....

.....

.....

## C – DESCRIPTIF DE L'OPÉRATION D'INVESTISSEMENT :

### 1 - Présentation de l'opération (nature, enjeux) :

Nature des travaux :

- Création d'établissement (construction neuve)  sur site  sur autre site
- Reconstruction d'établissement :  sur site  sur autre site
- Restructuration d'établissement
- Mise aux normes
- Études de faisabilité .....

.....

.....

.....

.....

L'obtention de la subvention conditionne-t-elle la réalisation du projet ?  oui  non

2 - Apports de l'opération pour les personnes accompagnées :

.....  
.....  
.....

3 - Apports de l'opération pour les professionnels :

.....  
.....  
.....

4 - Opportunité, faisabilité et contraintes de l'opération :

.....  
.....  
.....

5 - Point sur le respect des normes (sécurité incendie, accessibilité) que permettra l'opération :

.....  
.....  
.....

6 - Le projet permettra-t-il une optimisation de l'offre :

.....  
.....  
.....

7 - Le projet permettra-t-il une spécialisation de l'offre (descriptif et étude des besoins) :

.....  
.....  
.....

8 - Pour les projets relevant d'une labellisation de l'ARS (PASA, UHR) : date de la labellisation ou descriptif des démarches en cours en ce sens :

.....  
.....  
.....

9 – Caractéristiques du projet d'investissement :

**Mode de dévolution :**

Conception-réalisation

Contrat de partenariat

Marché global

Autres *préciser* : .....

**Procédure choisie :**

- Maîtrise d'ouvrage confiée à un mandataire
- Assurée par le propriétaire avec assistance extérieure ou un conducteur d'opération (AMO)
- Assurée par les propres moyens du propriétaire
- Autres *préciser* : .....

**Divers :**

Intervention architecte bâtiments de France :  oui  non

Disponibilité du terrain :

- acquis      Date : .....
- à acquérir :      Date prévisionnelle : ..... Date de compromis : .....
- mis à disposition depuis le : .....

**Stade d'avancement des études :**

Programme technique détaillé      Date .....

Concours de maîtrise d'œuvre achevé      Date .....

APS validé      Date .....

APD validé      Date .....

Permis de construire déposé      Date .....

Permis de construire obtenu      Date .....

Consultation des entreprises      Date .....

## II – DESCRIPTION FINANCIÈRE

### 1. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation (mm/aaaa)

Date prévisionnelle de lancement des travaux : .....

Date prévisionnelle de fin de travaux : .....

Date prévisionnelle de mise en service : .....

### 2. Coût prévisionnel de l'opération

> Annexe en format tableur à renseigner

### 3. Plan de financement prévisionnel de l'opération TTC

> Annexe en format tableur à renseigner

### 4. Tableau des surcoûts validé dans le PPI :

> Annexe en format tableur à renseigner

### 5. Évolution du prix de journée hébergement envisagé sur la base de la subvention sollicitée

> Annexe en format tableur à renseigner

### 6. Évolution du prix de journée hébergement envisagé en cas de refus total de la subvention

> Annexe en format tableur à renseigner

Pour vous renseigner  
sur tous les services  
et toutes les aides

du lundi au vendredi  
de 8 h 30 à 17 h 30  
Tél. interne 29 50



**Département des Côtes d'Armor**  
Direction personnes âgées  
et personnes handicapées  
9 place du Général de Gaulle CS 42371  
22023 Saint-Brieuc CEDEX 1