haute savoie
le Département

ANNEXE : TRAME DE REPONSE A L'APPEL A CANDIDATURE

Présentation du service

Identification de la structure

Nom : .....
Statut juridique : .....
Adresse du siège social : .....
Courriel et téléphone : .....
N° SIRET/SIREN : ..... N° FINESS .....
N° d'identification au répertoire national des associations : .....
Date de la première autorisation (ou ex. agrément) :.....
Fédération .....

Identification du responsable légal de la structure

Nom et prénom : .....
Fonction : .....
Courriel et téléphone : .....

Identification de la personne chargée du dossier (si différente du responsable)

Nom et prénom : .....
Fonction : .....
Courriel et téléphone : .....

Activité :

	TOTAL	dont APA	dont PCH	dont Aide sociale
Heures réalisées 2022				
Heures réalisées 2023				

	total	Dont GIR 1	Dont GIR 2	Dont GIR 3	Dont GIR 4
Bénéficiaires APA					
	total	Dont plan d'aide > 90h/mois			
Bénéficiaires PCH					
Bénéficiaires aide sociale					
TOTAL					

Interventions le samedi, le dimanche, les jours fériés	
Durée minimale d'une intervention à domicile	
Amplitude horaire d'intervention	

Personnel :

	Nb salariés	ETP
Administration		
Encadrement		
Intervention		
TOTAL ETP		

Focus Personnel d'intervention :

	ETP	*%CDI*	*%temps complet*	*%diplômés*	*ancté moyenne*	*%degré 2*
Intervention						

Télégestion :

Description du système de télégestion appliqué dans la structure, ou qu'il est envisagé d'acquérir par la structure (**nom du logiciel,** équipement mobile ou non, date de mise en place, % de bénéficiaires couverts…) :

………
………
………
………

Description libre du service et présentation de ses spécificités :

………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
………
……………………………………………

5° AMELIORER LA QUALITE DE VIE AU TRAVAIL DES INTERVENANTS

Niveau de priorité pour le département : Haute

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-5-qualite-de-vie-au-travail.pdf

a) **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:**

Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

b) **Description des actions et du calendrier de mise en œuvre proposés par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

c) Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.

	Montant en €	Montant en h (si concerné)
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		

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

1° ACCOMPAGNER DES PERSONNES DONT LE PROFIL DE PRISE EN CHARGE PRESENTE DES SPECIFICITES

Niveau de priorité pour le département : Haute

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-1-situations-specifiques.pdf

a) Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:
Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

b) **Description des actions et du calendrier de mise en œuvre proposés par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire:** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

c) Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.

	Montant en €	Montant en h (si concerné)
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		

3° CONTRIBUER A LA COUVERTURE DES BESOINS DE L'ENSEMBLE DU TERRITOIRE

Niveau de priorité pour le département : Haute

https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/reforme-saad-2022-fiche-objectif-3-couverture-territoriale.pdf

a) Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif:
Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

b) **Description des actions et du calendrier de mise en œuvre proposés par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire:** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :
Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.

	Montant en €	Montant en h (si concerné)
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		

4° SOUTIEN AUX AIDANTS DES PERSONNES ACCOMPAGNEES
6° LUTTE CONTRE L'ISOLEMENT DES PERSONNES ACCOMPAGNEES

Niveau de priorité pour le département : Expérimentation
Le nombre d'expérimentations retenues dans ce cadre sera limité.

a) **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à ces objectifs:**
Vous pouvez évoquer les difficultés rencontrées actuellement par votre service dans la réalisation de cet objectif.

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

b) **Description des actions et du calendrier de mise en œuvre proposés par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire:** Les actions prioritaires du département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

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

Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :
Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.

	Montant en €	Montant en h (si concerné)
Groupe 1		
Groupe 2		
Groupe 3		