ANNEXE : TRAME DE REPONSE A L'APPEL A CANDIDATURE

Présentation du service

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

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 : ……

<u>Activité 2021 :</u>
Total des heures réalisées au domicile des usagers (toute prestation confondue):

- Dont heures APA :
- Dont heures PCH :
- Dont heures Aide sociale :

Nombre de personnes suivies :

- Personne bénéficiaires de l'APA :
  Dont GIR 1 :
  Dont GIR 2 :
  Dont GIR 3 :
  Dont GIR 4 :
  Dont bénéficiaires de l'APA avec un taux de participation inférieur à 20 % :
- Personnes bénéficiaires de la PCH :
- Personnes bénéficiaires de l'Aide sociale :

Durée minimale d'intervention consécutive :
Amplitude horaire d'intervention :
Zone géographique d'intervention :

Personnel :

Effectif total du service (en nombre d'ETP) :

- Dont personnel d'intervention (en ETP) :
- Dont personnel d'encadrement (en ETP) :

Focus Personnel d'intervention :
Pourcentage d'intervenant.e.s en CDI :
Pourcentage d'intervenant.e.s à temps complet :
Pourcentage d'intervenant.e.s ayant un diplôme en lien avec leur activité :
Ancienneté moyenne des intervenant.e.s dans la structure :

Le cas échéant, ventilation entre les activités hors compétence départementale/sous compétence départementale :

Télégestion : ❑ oui ❑ non

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…) :

……
……
……
……
……

Télétransmission : ❑ oui ❑ non

Si oui ❑ automatique ❑ manuelle (facture télétransmise)

Description libre du service et présentation de ses spécificités :

……
……
……
……
……

Le Responsable du SAAD (nom, prénom)

Signature :

1° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire

Niveau de priorité pour le Département : Haute

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.
……
……

Liste à cocher ?

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

Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être 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.
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Description des modalités de conduite du projet de mise en œuvre, du planning...
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

2° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités

Niveau de priorité pour le Département : Haute

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.

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

Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être 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.
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Description des modalités de conduite du projet de mise en œuvre, du planning...
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

3° Améliorer la qualité de vie au travail des intervenants

Niveau de priorité pour le Département : Haute

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.

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

Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être 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.
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……

Description des modalités de conduite du projet de mise en œuvre, du planning...
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……
……