

 **FICHE DE PRESENTATION DE LA STRUCTURE**

 **PROJET DE CONSTRUCTION, RENOVATION, MISES AUX NORMES, AMENAGEMENT**

**A - IDENTIFICATION**

**1. NOM DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom : | Téléphone : |
| Adresse : | Fax : |
| Code postal – Ville :  | Mail :  |
| Statut de l’établissement :  | N° FINESS :  |
| Public : |
| Privé : |
| Associatif :  |

**2. PROPRIETAIRE DU TERRAIN**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | Téléphone |
| Adresse : | Fax :  |
| Code postal – Ville :  | Mail :  |

**3. PROPRIETAIRE DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | Téléphone |
| Adresse : | Fax :  |
| Code postal – Ville :  | Mail :  |

**4. GESTIONNAIRE DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| Raison sociale : | Téléphone |
| Adresse : | Fax :  |
| Code postal – Ville :  | Mail :  |

**5. DIRECTEUR ou DIRECTRICE**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom : | Téléphone fixe :Téléphone portable :Mail :  |

**6. TYPES D’AGREMENTS**

|  |
| --- |
| Nombre de logements : dont « Section Cure Médicale » : « Forfait Soins Courants » :   |
| Nombre de places en hébergement temporaire :  |
| Agrément à l’aide sociale : [ ] Oui [ ] NonNombre de places :  |
| Convention APL : [ ] Oui [ ] NonNombre de résidants bénéficiant de l’APL :  |

**7. DESCRIPTION DE L’ETABLISSEMENT**

|  |
| --- |
| Année de construction de l’établissement : |
| Nombre d’étages : |
| Nombre de logements de fonction :  |

**B - CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT**

**1. NOMBRE DE LOGEMENTS**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types de logement** | **Nombre de logements** | **Nombre de personnes** | **Superficie par logement** |
| T1 |  |  |  |
| T1 Bis |  |  |  |
| T2 |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |
| Dont hébergement temporaire |  |  |  |

**2. NATURE ET SUPERFICIE DES LOCAUX TECHNIQUES ET COLLECTIFS**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nature des locaux** | **Superficie** |
| Ensemble de l’établissement |  |
| Cuisine |  |
| Salle de restauration |  |
| Salon(s) |  |
| Autres : |  |

**REMARQUES EVENTUELLES** (Préciser notamment si des logements ont changé de destination et ne peuvent plus accueillir de locataires)

|  |
| --- |
|  |

**3. MONTANT DE LA MENSUALITE**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types d’hébergement** | **Mensualité demandée au résidant** | **Dont :** |
| **Loyer** | **Charges locatives**(préciser la nature) | **Prestations obligatoires** (reporter le détail en C.1 : page 5) |
| **T1** |  |  |  |  |
| **T1 Bis**Personne seuleCouple |  |  |  |  |
| **T2**Personne seuleCouple  |  |  |  |  |
| Hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Autre |  |  |  |  |
| Montant de l’annuité globale due au bailleur |  |  |

**4. MONTANT EVENTUEL DES SUBVENTIONS D’EQUILIBRE (N/N-1)**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Identification du financeur** | **Montant N** | **Montant N-1** |
| CCAS |  |  |
| Ville |  |  |
| Conseil Général |  |  |
| Autre (préciser) |  |  |

**REMARQUES EVENTUELLES**

|  |
| --- |
|  |

**C – DETAILS DES PRESTATIONS**

**1. PRESTATIONS PROPOSEES PAR L’ETABLISSEMENT**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Types de prestations** | **Tarifs des prestations comprises dans la mensualité** | **Tarifs des prestations non comprises dans la mensualité** | **Volume et détail des prestations effectuées** |
| **Restauration**MatinMidiSoirSamediDimanche/jours fériés |  |  |  |
| **Ménage**Dans les logementsDans les parties communes |  |  |  |
| **Entretien du linge** |  |  |  |
| **Télé assistance** |  |  |  |
| **Activités et animations** |  |  |  |
| **Transport** |  |  |  |
| **Portage de repas** |  |  |  |
| **Frais de personnel** |  |  |  |
| **Autre (à préciser)** |  |  |  |

**REMARQUES EVENTUELLES**

|  |
| --- |
|  |

**2. PRESTATIONS PROPOSEES PAR LES SERVICES EXTERIEURS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Types de prestations** | **Tarif des prestations** | **Volume des prestations effectuées** |
| **Ménage** |  |  |
| **Courses** |  |  |
| **Portage de repas** |  |  |
| **Transports** |  |  |
| **Toilettes** |  |  |
| **Actes paramédicaux** |  |  |
| **Autres (à préciser)** |  |  |

**REMARQUES EVENTUELLES**

|  |
| --- |
|  |

**D - TAUX D’OCCUPATION**

**1. ACTIVITE DEPUIS 5 ANS**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Nombre de places** | **2016** | **2017** | **2018** | **2019** | **2020** |
| **Hébergement EHPA** |  |  |  |  |  |
| **Hébergement temporaire (éventuellement)** |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |  |

**2. MOTIFS DE VARATION DU TAUX D’OCCUPATION**

|  |  |
| --- | --- |
| **Motifs** | **Commentaires** |
| **Absence de demandes (manque d’attractivité de l’établissement)** |  |
| **Absence de candidats correspondant aux critères** |  |
| **Structure inadaptée** |  |
| **Appartements inadaptés** |  |
| **Services inadaptés** |  |
| **Délais de décisions d’attribution trop longs** |  |
| **Délais de travaux trop longs entre un sortant et un entrant** |  |
| **Manque de communication** |  |
| **Autre (à préciser)** |  |

**REMARQUES EVENTUELLES**

|  |
| --- |
|  |

**E – GMP**

**1. VENTILATION DES RESIDANTS PAR GIR**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **GIR 1** | **GIR 2** | **GIR 3** | **GIR 4** | **GIR 5** | **GIR 6** | **TOTAL** |
|  |  |  |  |  |  |  |

**2. RESULTAT DU GMP DE L’ETABLISSEMENT**

|  |  |
| --- | --- |
| **Date** | **GMP** |
|  |  |

**3. INSTANCE QUI A CALCULE LE GMP**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Conseil Départemental** | **Médecin coordonnateur d’un EHPAD voisin** | **Equipe médico-sociale en cas d’APA à domicile** | **Médecin ou infirmier coordonnateur de l’EHPA** (si forfait soins courants) |
|  |  |  |  |

FAIT LE : A :

SIGNATURE :