

# DEMANDE D'AIDE À L'INVESTISSEMENT DES EHPAD ET RÉSIDENCES AUTONOMIE

ANNÉE 2023



---

Veillez à remplir soigneusement le présent document  
et à vérifier la véracité des informations transmises.

---

# 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 A FOURNIR en sus du présent dossier complété

- 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
- IBAN

## FICHE D'IDENTITÉ

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

Adresse : .....

.....

Tél. : ..... E-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 : .....

.....

Tel : ..... E-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 : .....

.....

Tel : ..... E-Mail : .....

Directeur : .....

N° FINESS : .....

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

Capacité totale autorisée : .....

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

### PERSONNE RÉFÉRENTE DU DOSSIER :

Nom : .....

Qualité : .....

Tél. : ..... E-mail : .....

## DESCRIPTIF TECHNIQUE

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

Catégorie d'établissement : .....  
Type de public accueilli..... Capacité totale .....  
Capacité en :  
hébergement permanent ..... hébergement temporaire ..... accueil de jour .....  
Date de validation du projet d'établissement.....  
Date signature CPOM en cours .....

### COOPÉRATIONS / MUTUALISATIONS :

Conventions avec un établissement de santé *(date et objet)* .....  
.....  
.....  
Conventions avec des ESMS *(date et objet)* .....  
.....  
.....

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

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

Nature des travaux :

- ☐ Création d'établissement (construction neuve)  
☐ Extension d'établissement : ☐ 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

#### Apports de l'opération pour les personnes accompagnées :

#### Apports de l'opération pour les professionnels :

Opportunité, faisabilité et contraintes de l'opération :

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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

.....

.....

.....

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 :*

.....

.....

.....

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

☐ Autre - préciser : .....

**Divers :**

Intervention architecte bâtiments de France ☐ oui ☐ non

Disponibilité du terrain :

☐ acquis depuis le : .....

☐ à acquérir date prévisionnelle : ..... date de compromis : .....

☐ mis à disposition depuis le : .....

**Stade d'avancement des études :**

- |   |           |
|---|-----------|
| <input type="radio"/> Programme technique détaillé        | date..... |
| <input type="radio"/> Concours de maîtrise d'œuvre achevé | date..... |
| <input type="radio"/> APS validé                          | date..... |
| <input type="radio"/> PD validé                           | date..... |
| <input type="radio"/> Permis de construire déposé         | date..... |
| <input type="radio"/> Permis de construire obtenu         | date..... |
| <input type="radio"/> Consultation des entreprises        | date..... |

## DESCRIPTION FINANCIÈRE

### 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 : .....

### Coût prévisionnel de l'opération

Annexe en format tableur à renseigner

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

Annexe en format tableur à renseigner

### Tableau des surcoûts validé dans le PPI

Annexe en format tableur à renseigner

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

Annexe en format tableur à renseigner

### 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