

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01 44 02 00 00

[www.ildedefrance.ars.sante.fr](http://www.ildedefrance.ars.sante.fr)

**DOSSIER DE DEMANDE DE FINANCEMENT**

**DEPLOIEMENT DE LA PRATIQUE AVANCEE**

**REMPLACEMENT DES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCEE EN FORMATION**

**Année 2019**

Pour obtenir un financement il est nécessaire de remplir les conditions suivantes :

* Demandeurs :
	+ structure sanitaire, médico-sociale, ambulatoire finançant la formation ;
	+ infirmier libéral ;
* Exercice en pratique avancée dès l’obtention du diplôme :
	+ engagement de la structure ou de l’infirmier libéral à exercer les fonctions relatives à la pratique avancée ;
	+ lieu d’exercice de l’infirmier au terme de la formation : région Ile-de-France

L’attribution du financement, pour les dossiers retenus, fera l’objet d’une convention.

**Nom :**

**- de la structure :**

**ou**

**- de l’infirmier libéral :**

**Le dossier dactylographié est à adresser au plus tard le mercredi 15 mai 2019 par mail à**:
ARS-IDF-CSLTECH@ars.sante.fr

**en précisant dans l’objet** : Demande de financement « formation IPA 2019 »

1. **Porteur du dispositif**

|  |
| --- |
| **Structure bénéficiaire du financement**  |
| Nom de la structure  |  |
| Adresse complète  |  |
| Type d’établissement  |  |
| Statut juridique  |  |
| Cotisant à un OPCO  | □ oui □ non  |
| Nom et prénom du Directeur  |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |
| Nom et prénom du référent du dossier  |  |
| Fonction du référent |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |
| Nom et prénom du signataire de la convention  |  |
| Fonction du signataire de la convention |  |
| Adresse complète du signataire de la convention |  |
| Courriel |  |
| Téléphone |  |
| N° SIRET  |  |
| N°FINESS Juridique |  |
| Compte bancaire | Nom de la banque :IBAN :BIC : |

|  |
| --- |
| **Infirmier libéral bénéficiaire du financement**  |
| Nom et prénom  |  |
| Adresse professionnelle complète  |  |
| Statut juridique (cabinet…) |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |
| Numéro de facturation(figurant sur les feuilles de soins)  |  |
| Compte bancaire professionnel | Nom de la banque :IBAN :BIC : |

1. **Infirmiers concernés**

Nombre d’infirmiers concernés par ce dossier de demande de financement :

* Un infirmier
* Deux infirmiers
* Autre, précisez :

|  |
| --- |
| **Infirmier salarié ou libéral** (tableau à dupliquer, dans le même dossier, si plusieurs professionnels de la structure sont concernés) |
| * Nom, prénom :
* Grade professionnel :
* Fonction :
* Date de naissance :
* Date d’obtention du diplôme d’Etat infirmier :
* Numéro ADELI :
* Numéro d’Ordre national des infirmiers :
* Adresse courriel :
 |
| Université accréditée pour délivrer le diplôme :* Nom :
* Région :

Admission pour une formation en :* 1ère année
* 1ère année partielle
* 2ème année
* 2ème année partielle

Option choisie, si admission en 2ème année :* Pathologies chroniques stabilisées…
* Oncologie et hématologie
* Néphrologie, dialyse et transplantation rénale
* Santé mentale et psychiatrie (sous réserve)
 |

1. **Engagement**

|  |
| --- |
| **Engagement** |
| Les structures, dont la demande est retenue, s’engagent à :* Financer la formation de l’infirmier visant l’obtention du diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant le grade de master
* Utiliser le financement de l’ARS Ile-de-France pour des remplacements de l’infirmer engagé dans la formation
* Positionner l’infirmier dans des fonctions de pratique avancée dès l’obtention du diplôme
* Communiquer à l’ARS les informations nécessaires au suivi du dossier

Les infirmiers libéraux, dont la demande est retenue, s’engagent à :* Exercer des fonctions de pratique avancée dès l’obtention du diplôme
* Utiliser le financement de l’ARS Ile-de-France pour des remplacements durant la formation
* Communiquer à l’ARS les informations nécessaires au suivi du dossier

Les documents à joindre impérativement à la demande pour les structures :* Attestation ou document d’admission dans la formation conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant le grade de master, fourni par l’université[[1]](#footnote-1)
* Copie de la lettre d’engagement de l’employeur à prendre en charge la formation transmise à l’université
* Lettre d’engagement de la structure à positionner l’infirmier dans des fonctions de pratique avancée dès l’obtention du diplôme
* Relevé d’identité bancaire (RIB) de la structure à laquelle le financement est attribué
* Documents attestant du numéro ADELI de l’infirmier et du numéro d’inscription à l’Ordre national des infirmiers

 Les documents à joindre impérativement à la demande pour les infirmiers libéraux :* Attestation ou document d’admission dans la formation conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant le grade de master, fourni par l’université1
* Lettre d’engagement à exercer les fonctions relatives à la pratique avancée dès l’obtention du diplôme
* Relevé d’identité bancaire (RIB) professionnel
* Photocopie de la feuille de soins Auxiliaire médical(e) personnalisée
* Documents attestant du numéro ADELI et du numéro d’inscription à l’Ordre national des infirmiers

L’allocation du financement : Les financements alloués au titre du Fonds d’intervention régional (FIR) feront l’objet d’une convention précisant les engagements du bénéficiaire du financement, ainsi que les modalités de versement des crédits.**La totalité de la somme allouée sera utilisée au service du projet retenu, la possibilité de financer des charges de structure ne pourra pas être prise en compte.** Le représentant de la structure ou infirmier libéral engagé dans le dispositif certifie exactes les informations du présent dossier.Fait à , le : Nom et signature du représentant de la structure ou de l’infirmier libéral :  |

1. Ce document pourra être adressé dès communication par l’université [↑](#footnote-ref-1)