

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](mailto: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)