ANNEXE 1

**Dossier de demande  
d’aide à l’investissement  
Plan d’aide  
à l’investissement 2019**

SECTEUR PERSONNES AGEES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région** | **Département**  **d’implantation**  **du demandeur** | **Année de dépôt**  **du dossier** |
|  |  | **2019** |
| **Nom de l’établissement :** …………………………………………………………………… | | | | |

*Ce dossier est à renvoyer au siège de l’Agence Régionale de Santé d’Ile de France DIRECTION DE L’AUTONOMIE*

*35 rue de la Gare, 75935 Paris cedex 19*

*(Copie à la Délégation Départementale de l’ARS IDF)Macintosh HD:Users:bmauch01:Desktop:Lg CNSA 2017 Q.ai*

ATTESTATION PREALABLE

Je, soussigné ……………………………….., représentant légal de ……………………………………………..………. ,

(Le cas échéant, si le maître d’ouvrage de l’opération d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné)

Et je, soussigné ………………………….…, maître d’ouvrage de l’opération d’investissement à mener,

sollicite auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) une aide à l'investissement d'un montant de ……..€ dans le cadre du plan d'aide à l’investissement 2019 des établissements et services pour personnes âgées au titre du projet immobilier décrit de façon détaillée dans le dossier ci-après.

Je, soussigné………..…………., représentant légal de…………………….., déclare que ce dernier est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférents.

Je certifie exactes, précises et complètes, les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes d’aide à l’investissement introduites auprès d’autres financeurs publics, ainsi que la mesure de l’impact de l’investissement sur le fonctionnement.

Je reconnais que les travaux ne peuvent commencer avant que la décision d’attribution d’une aide à l’investissement de la CNSA soit connue et notifiée, sauf dérogation explicite du Directeur Général de l’ARS, en référence aux dispositions règlementaires en vigueur.

### **Date : ........ ……**

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

(Le cas échéant)

Nom, signature et cachet du représentant légal de l’entité maître d’ouvrage

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

1. ***Pièces nécessaires pour déclarer le dossier éligible à fournir à l’ARS de la région :***

**Pièces obligatoires :**

1. Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’établissement subventionné, vous devez joindre le pouvoir de ce dernier au signataire
2. Si le maître d’ouvrage de l’opération ou l’acquéreur (VEFA, CPI) d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné, joindre le bail ou contrat liant les deux parties
3. Pour les établissements publics : délibération du conseil d’administration approuvant le projet d’investissement et le plan de financement prévisionnel détaillé
4. Annexes 2, 5, 6, 7, 8 et 10 de l’arrêté du 22 octobre 2003 (PPI)
5. Document précisant la situation juridique des terrains et immeubles
6. Plan de situation, plan cadastral et plan de masse des travaux
7. Si financement par crédit bail : projet de contrat
8. Dossier technique incluant le programme technique détaillé, le cas échéant contrat de maîtrise d’œuvre signé, le cas échéant esquisse ou plans à un stade plus avancé
9. Copie du courrier de demande d’autorisation de création accompagnant la transmission du dossier à l’ARS si le projet d’investissement porte sur un PASA ou une UHR

**Pièces facultatives si l’ARS en dispose déjà par ailleurs :**

1. Pour les associations : copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture ainsi que les statuts
2. Pour les sociétés commerciales : extrait Kbis, inscription au registre du commerce ainsi qu’un tableau précisant sur les 3 dernières années les aides attribuées par des personnes publiques
3. Arrêté d’autorisation de l’établissement sollicitant la subvention
4. ***Pièces nécessaires pour le versement de l’aide à l’investissement à fournir à l’ARS :***

1. IBAN original (en cas de trésorerie générale, joindre une attestation de la trésorerie faisant apparaître le nom du titulaire du compte)
2. Pièces comptables à fournir : derniers bilans (comptables et financier) et comptes de résultats approuvés et rapport du commissaire aux comptes/rapport de gestion du receveur
3. L’acte juridique engageant les travaux, pour le premier versement.
4. Le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant à 50 % du coût total des travaux, visé par le maître d’œuvre et certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le 2nd versement.
5. L’attestation définitive de fin de travaux et le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des travaux, visé par le maître d’œuvre et certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le versement du solde.

**FICHE D’IDENTITÉ**

**Compléter les trois rubriques :**

**NOM DE L’ENTITE MAÎTRE D’OUVRAGE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** ......... |

**🕿** ......... **E-mail:** .........

**Statut de l’entité :** .........

**Représentant légal :** .........

**Qualité :** .........

**Type de bail liant le maitre d’ouvrage et le gestionnaire** : ………………………………………………….

**NOM DE L’ENTITÉ GESTIONNAIRE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿** **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 :** |

**🕿**  **E-Mail :**

**Directeur :**

**N° FINESS :**

**Date du dernier arrêté d’autorisation :**

**Capacité totale autorisée :**

**Date de signature de la convention tripartite**:

|  |
| --- |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :**  NOM : …………………………………………………………….QUALITE : ………………………………………………….  TELÉPHONE : ………………………………………………….FAX :  E-MAIL : ……………………………………………… |

1. DESCRIPTION TECHNIQUE
2. Nature de l’activité poursuivie par l’établissement

* Catégorie établissement :…………………………………………………………………………………………
* Type de public accueilli : …………………………………………………………………………………………
* Existence d’un projet d’établissement : oui  date .../.../...... non
* Existence d’un projet de vie : oui  date .../.../...... non
* Diversification des modes d’accompagnement de l’établissement :
  + accueil de jour : ….places
  + accueil ou hébergement temporaire : ….places
  + Autres (préciser) : ….places

- Existence de coopérations développées :  oui  non 

Si oui préciser :

* convention avec établissement de santé  date .../.../…. .
* convention avec établissements médico-sociaux  date .../.../......
* convention avec acteurs du domicile  date .../.../......
* participation à 1 réseau de santé/CLIC/autres  date .../.../…...
* mutualisation par la biais d’un GCSMS  date .../.../…...
* intégration dans un GHT  date .../.../…...

- Existence d’un CPOM signé : oui  non   en cours 

1. Activités concernées par l’opération d’investissement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Places** | **Capacité totale de l’établissement** | | **Capacité touchée**  **par l’opération d’investissement** | |
| **Autorisée** | **Installée** | **Places à moderniser** | **Places à créer** |
| Hébergement permanent |  |  |  |  |
| Accueil / hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Accueil de jour\* |  |  |  |  |
| Accueil de nuit |  |  |  |  |
| AUTRES : (préciser) |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

\* La capacité minimale des places d’accueil de jour est de :

- 6 places lorsque l’accueil de jour est adossé à un EHPAD

- 10 places pour un accueil de jour autonome**.**

**Habilitation à l’aide sociale (uniquement lits hébergement permanent et temporaire)**

* + Nombre de places (autorisées par le Président du Conseil Général) habilitées à l’aide sociale avant l’opération d’investissement : …………..
  + Nombre de places (autorisées ou en cours d’autorisation par le Président du Conseil Général) habilitées à l’aide sociale après l’opération d’investissement : ………….

1. Détail de l’opération concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de troubles apparentés

* L’opération concerne la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de troubles apparentés : oui   non

en totalité

partiellement

* A quelle date la demande d’autorisation de création d’un PASA a-t-elle été déposée auprès de l’ARS : .../.../......

* Indiquer le nombre de places Alzheimer touchées par l’opération d’investissement :

|  |  |
| --- | --- |
| **Places** | **Capacité totale de place Alzheimer touchée par l’opération d’investissement**  **(places à moderniser et à créer)** |
|
| **HP (hors UHR/PASA)** |  |
| **HT (hors UHR/PASA)** |  |
| **AJ\*** |  |
| **PASA\*\*** |  |
| **UHR\*\*\*** |  |

*\* La capacité minimale des places d’accueil de jour Alzheimer est de :*

*- 6 places lorsque l’accueil de jour est adossé à un EHPAD*

*- 10 places pour un accueil de jour autonome****.***

*\*\* PASA : Pôle d’activités et de soins adaptés*

*\*\*\* UHR : Unité d’hébergement renforcée*

*Un PASA et une UHR comprend de 12 à 14 places*

1. Description qualitative de l’opération d’investissement

Ci-dessous, synthétiser les principaux éléments.

1. **Opération globale :**

**1- Présentation de l’opération (nature, localisation dans la cité[[1]](#footnote-1), historique et enjeux)**

**2- Environnement, respect des règles d’accessibilité, insertion rurale ou urbaine, desserte des transports**

1. **Périmètre du projet CNSA dans l’opération d’ensemble**

**4- Opportunité et faisabilité de l’opération, contraintes**

**5- Besoins et exigences essentielles que doit satisfaire l’opération (**exigences de qualité et de confort du projet (Qualité d’usage des locaux, Démarche Haute Qualité Environnementale (HQE), durabilité de l’investissement, Caractère remarquable du projet …)

1. **PASA :**

**6- Besoins et exigences essentielles que doit satisfaire le PASA**

Le projet de PASA dispose-t-il :

* d’une entrée adaptée ?
* d’un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives ?
* d’un espace repas avec office ?
* d’au moins deux espaces d’activités adaptées ?
* de deux WC dont un avec douche ?
* des locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle ?
* d’un jardin ou d’une terrasse ?

Notion de PASA éclaté ?

Quels espaces sont réunis/éclatés ?

En quoi le projet de PASA favorise-t-il le confort et l’usage ?

En quoi le projet de PASA favorise-t-il l’orientation et contient-il la déambulation ?

En quoi le projet de PASA répond-il à des besoins d’autonomie et d’intimité ?

En quoi le projet de PASA répond-il aux aspects réglementaires (accessibilité, sécurité incendie…) ?

1. **UHR :**

**7- Le projet d’UHR dispose-t-il :**

- d’une entrée adaptée ?

- d’espaces privés ?

- d’un espace repas avec office ?

- d’un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives ?

- d’une salle de bain/bien-être ?

- d’au moins un espace17 d’activités adaptées ?

- de deux WC ?

- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l’unité ?

- d’un jardin ou d’une terrasse ?

**En quoi le projet d’UHR favorise-t-il le confort et l’usage ?**

**En quoi le projet d’UHR favorise-t-il l’orientation et contient-il la déambulation ?**

**En quoi le projet d’UHR est-il sécurisé ?**

**En quoi le projet d’UHR répond à des besoins d’autonomie et d’intimité ?**

En quoi le projet d’UHR répond-il aux aspects réglementaires (accessibilité, sécurité incendie…) ?

1. Caractéristiques du projet d’investissement

* Mode de dévolution :

CONCEPTION-REALISATION

CONTRAT DE PARTENARIAT

MARCHE GLOBAL

LOI MOP

VEFA

CPI

AUTRES  Préciser : …………………………………………………………………………

* Procédure choisie :

Maitrise 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  Date : ../../….

à acquérir  Date prévisionnelle : ../../…. Date de compromis : ../../….

mis à disposition  Depuis le : ../../….

* Stade d’avancement des études :

* Programme technique détaillé  date …/…/…..
* Concours de maitrise d’œuvre achevé  date .../.../......
* APS validé  date .../.../......
* APD validé
* Permis de construire déposé  date .../.../......
* Permis de construire obtenu   date .../.../......
* Consultation des entreprises  date .../.../......
* 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

Etudes de faisabilité

1. Descriptif technique du projet d’investissement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’opération** | **Surfaces totales avant l’opération d’investissement** | **Surfaces totales après l’opération d’investissement** | **Dont Restructuration** | **Dont Construction neuve** |
| Surface dans œuvre (SDO) globale   * dont projet éligible CNSA * dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) * dont PASA * dont UHR | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² |

*Nota : si le projet éligible CNSA correspond au projet global, porter 2 fois les mêmes renseignements*

|  |  |
| --- | --- |
| Superficie au lit et/ou place : (surface/nb de lit et/ou place)   * projet éligible CNSA      * PASA * UHR * unité Alzheimer (hors UHR) | ……..… m² SDO    ……….. m² SDO ……….. m² SDO  ……….. m² SDO |

Mémo : (Source : MAINH)

|  |  |
| --- | --- |
| SDO | La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses.  La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d’étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d ‘emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques). |

1. DESCRIPTION FINANCIERE

1. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation

Remplir le calendrier en mois et année (mm/aaaa)

- Date prévisionnelle de lancement des travaux :

- Date prévisionnelle de fin de travaux : .

- Date prévisionnelle de mise en service : ………………………………………………………………………..……

1. Coût prévisionnel de l’opération

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **HT** | | **TVA** | | **TDC** | |
| définition des prix | projet global | dont projet éligible CNSA | 10% | 20% | projet global | dont projet éligible CNSA |
| cout travaux | € | € | € | € | € | € |
| prestations intellectuelles | € | € | € | € | € | € |
| assurances | € | € |  |  | € | € |
| provisions pour aléas | € | € | € | € | € | € |
| provisions pour révision de prix | € | € | € | € | € | € |
| ***cout total travaux tdc*** | **€ (1)** | **€ (3)** | **€** | **€** | **€ (2)** | **€ (4)** |
| mobiliers | € (5) |  | € | € | € (8) |  |
| foncier | € (6) |  | € | € | € (9) |  |
| autres | € (7) |  | € | € | € (10) |  |
| ***total*** | **€ (11)** | **€** | **€** | **€** | **€ (12)** | **€** |

1. Plan de financement prévisionnel de l’opération toutes dépenses confondues (TDC) en valeur finale estimée (VFE)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dépenses*** | ***montant***  ***(ht)*** | ***montant***  ***(ttc)*** | ***ressources*** | ***montant*** | ***%*** |
| **coût travaux tdc** | € (1) | € (2) | **aide à l’investissement CNSA** | € |  |
| **dont coût projet éligible CNSA** | € (3) | € (4) | **fonds propres sans droit de reprise** | € |  |
| **dont pasa** |  |  | **capacité d’autofinancement issue de la tarification** | € |  |
| **dont uhr** |  |  | **région** | € |  |
| **dont alzheimer hors pasa et uhr** |  |  | **département** | € |  |
| **cout mobilier** | € (5) | € (8) | **commune** | € |  |
| **cout foncier** | € (6) | € (9) | **fonds européens** | € |  |
| **cout autres :** (préciser) | € (7) | € (10) | **pls**  **agrément obtenu : oui  non** | € |  |
|  | | | **emprunts auprès des organismes bancaires :**   * **montant** * **durée** * **taux** * **organisme :** | €       % |  |
| **crédit-bail :**   * **montant** * **organisme :** | € |  |
| **tva récupérée**  ***(inclure tva déductible et fctva)*** | € |  |
| **cper** (*hors CNSA)* | € |  |
| **autres :** (préciser) | € |  |
| **totaux** | € (11) | € (12) | **totaux** | (12) € |  |

* Coût du m² SDO construit TDC de l’opération éligible CNSA : ……….. €/m² HT et ...…… €/m² TTC

[Montant des travaux projet éligible CNSA TTC/SDO projet CNSA]

* Dont en restructuration : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC
* **Dont PASA : ......... …………. €/m² HT et ………….….. €/m² TTC**
* **Dont UHR : ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* Dont en travaux neufs : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC
* **Dont PASA : ......... …………. €/m² HT et ………….….. €/m² TTC**
* **Dont UHR : ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**

*Rappel : la répartition du coût au m² du projet CNSA entre restructuration et travaux neufs est à déterminer par la maitre d’œuvre et doit être égale au coût m² SDO construit.*

* Coût de l’opération éligible CNSA à la place : …………………………………………….€

[Montant des travaux projet éligible CNSA TTC/nombre de places projet CNSA]

* **Dont PASA : €/m²**
* **Dont UHR : €/m²**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA): €/m²**
* Calcul de la dépense subventionnable : (Détailler les calculs : ………………….. € HT et …………………..€ TTC

Mémo : Ce calcul ne concerne pas les départements et collectivités d’outre-mer

|  |
| --- |
| * sont compris dans la dépense subventionnable : travaux, prestation intellectuelles, divers aléas, assurances et révisions * ne sont pas compris dans la dépense subventionnable le mobilier et le foncier * les coûts aux m² plafond sont :   - 1500 € TDC au m² hors taxes (HT) de surface dans œuvre (SDO) pour des travaux de restructuration  - 1900 € TDC au m² hors taxes (HT) de surface dans œuvre (SDO) pour les travaux neufs  Attention, les coûts maximums plafonnés ne sont applicables que si les coûts au m² sont supérieurs aux plafonds**.** |

* Evolution du prix de journée hébergement envisagé *(champ obligatoire)* :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prix de journée moyen départemental : | €/j | |
| Prix de journée hébergement actuel (avant travaux) :  (hors ticket modérateur APA) | €/j | |
|  | Avec subvention CNSA | Sans subvention CNSA |
| Augmentation du prix de journée liée au projet : | €/j | €/j |
| Prix de journée à l’ouverture des locaux (après travaux) :  Année : …………… | €/j | €/j |

*Si le gestionnaire n’est pas propriétaire des locaux*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Loyer actuel : | €/j | |
|  | Avec subvention CNSA | Sans subvention CNSA |
| Loyer à l’ouverture des locaux créés/modernisés : | €/j | €/j |

L’ANAP met à disposition un outil aidant au calcul de l’impact du projet d’investissement sur le prix de journée :

[**http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-simulation-de-limpact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/**](http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-simulation-de-limpact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/)**.**

Signatures

Signature et identité du représentant légal (Le cas échéant) : Signature et identité du

de l’entité gestionnaire + Cachet représentant légal de l’entité maître d’ouvrage + Cachet

CNSA

66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14

Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr

**www.cnsa.fr**

**www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**

1. Une attention particulière sera portée sur la pertinence des projets et leur place dans le maillage local, dans l’intérêt des résidents, des familles et de l’aménagement des territoires. Une attention particulière sera apportée à l’insertion dans la cité c'est-à-dire à la localisation des bâtiments dans les secteurs les plus centraux,(…). [↑](#footnote-ref-1)