Annexe 2

**CADRE DE RÉPONSE À L’APPEL À CANDIDATURES**

Les réponses devront impérativement être transmises par l’outil dématérialisé « [demarches-simplifiees](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aap-fmis-accidents-routes-2024) »

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT CONCERNÉ (nom officiel complet) :**

**Raison sociale de l’établissement** :

**N° FINESS juridique :**

**N° FINESS géographique :**

**Statut juridique :** Public-sanitaire □ Privé à but non lucratif-Sanitaire **□** Privé à but lucratif-Sanitaire **□** Public-ESMS □ Privé à but non lucratif-ESMS □ Privé à but lucratif- ESMS **□**

**Faites-vous partie d’un GHT ?** □ oui □ non **et si oui lequel ?**

Adresse postale complète de l’établissement :

**Prénom et nom du directeur de l’établissement :**

Courriel :

**Prénom, nom et coordonnées de la personne à contacter dans le cadre de l’AAP :**

Téléphone (numéro de la ligne directe ou d’un téléphone portable) :

Courriel :

# Présentation générale de l’établissement et du ou des services concernés

## Pour les établissements sanitaires

* Activités autorisées :
* Médecine Oui ❑ Non ❑
* Chirurgie Oui ❑ Non ❑
* Réanimation Oui ❑ Non ❑
* Service d’accueil des urgences Oui ❑ Non ❑
* SMR Oui ❑ Non ❑
* Mentions autorisées :
  + Polyvalent : Oui ❑ Non ❑
  + Affections de la personne âgée polypathologique,

dépendante ou à risque de dépendance Oui ❑ Non ❑

* + Affections de l'appareil locomoteur Oui ❑ Non ❑
  + Affections du système nerveux Oui ❑ Non ❑
  + Affections cardio-vasculaires Oui ❑ Non ❑
  + Affections respiratoires Oui ❑ Non ❑
  + Affections des systèmes digestif, métabolique

et endocrinien Oui ❑ Non ❑

* + Affections onco-hématologiques Oui ❑ Non ❑
  + Affections des brûlés Oui ❑ Non ❑
  + Affections liées aux conduites addictives Oui ❑ Non ❑
* Psychiatrie Oui ❑ Non ❑
* USLD Oui ❑ Non ❑
* L’établissement dispose-t-il d’une unité EVC-EPR ?
* L’établissement dispose-t-il d’une unité de soins de réadaptation précoce post-réanimation (SRPR) ?
* Nombre de patients pris en charge en 2023 :
* Dont accidentés de la route :

## Pour les établissements médico-sociaux

* Autorisation(s) :

❑ UEROS

❑ ESRP/ESPO

❑ ESAT

❑ FAM

❑ MAS

❑ IEM

❑ EHPAD

❑ Autre :

* Nombre de personnes accueillis en 2023 :
* Dont accidentés de la route :

# Recevabilité administrative

Date de signature de la charte des 7 engagements pour une route plus sûre :

# Contribution à une action de prévention sécurité routière dans le cadre le Plan Départemental d'Actions de Sécurité Routière (PDASR)

Votre établissement a-t-il ou prévoit-il de contribuer à une action de prévention sécurité routière ?  
 oui  non

Si oui, laquelle ?

# Description du projet

* Indiquer l’objectif général du projet et sa motivation
* Lorsque ce projet implique des travaux, préciser :

- le type de modifications prévues : texte

- les améliorations attendues : texte

- et les zones concernées par les aménagements : texte

* Lorsque ce projet implique des équipements, citer ces équipements et leur place dans l’élaboration du projet. Si le projet est un plateau technique de « reprise de la conduite », préciser et motiver les choix des modèles des équipements retenus.
* Indiquer les compétences des professionnels nécessaires pour mettre en place le projet ainsi que les effectifs de personnels prévus et la formation si nécessaire.

# Coût du projet (montants en €, ne pas mettre de décimale)

* Montant total de l’investissement :
* Montant demandé au titre du présent appel à projet 2024 :
* Autres ressources prévues :
  + - financements sur fonds propres, en euros
    - soutien ARS (hors AAP)
    - autre financement (précisez, et montant en euros)

# Lauréat aux AAP antérieurs ?

* Si applicable, montant perçu au titre de l’AAP accidentés de la route 2019 :
* Si applicable, montant perçu au titre de l’AAP accidentés de la route 2020 :
* Si applicable, montant perçu au titre de l’AAP accidentés de la route 2021-2022 :

**Description de la structure de financement du projet :**

Présenter le budget détaillé de l’opération (aménagement de locaux et/ou équipements) et indiquer les financements demandés pour moderniser les structures sanitaires et médico-sociales et la part d’autofinancement le cas échéant.

Joindre à votre dossier tous documents justificatifs et notamment le ou les devis des travaux ou achats prévus pour ce projet.

# Observations

**Souhaitez-vous attirer notre attention sur un point particulier du projet ?**

La grille de réponse sera déposée en ligne sur le site « [demarches-simplifiees](https://www.demarches-simplifiees.fr/commencer/aap-fmis-accidents-routes-2024) » dans le prolongement de la publication de la présente note d’information.