

FICHE DE PRESENTATION DE LA STRUCTURE
PROJET DE CONSTRUCTION, RENOVATION, MISES AUX NORMES, AMENAGEMENT

A - IDENTIFICATION

1. NOM DE L'ETABLISSEMENT

<u>Nom</u> :	<u>Téléphone</u> :
<u>Adresse</u> :	<u>Fax</u> :
<u>Code postal – Ville</u> :	<u>Mail</u> :
<u>Statut de l'établissement</u> :	<u>N° FINESS</u> :
<u>Public</u> :	
<u>Privé</u> :	
<u>Associatif</u> :	

2. PROPRIETAIRE DU TERRAIN

<u>Raison sociale</u> :	<u>Téléphone</u>
<u>Adresse</u> :	<u>Fax</u> :
<u>Code postal – Ville</u> :	<u>Mail</u> :

3. PROPRIETAIRE DE L'ETABLISSEMENT

<u>Raison sociale</u> :	<u>Téléphone</u>
<u>Adresse</u> :	<u>Fax</u> :
<u>Code postal – Ville</u> :	<u>Mail</u> :

4. GESTIONNAIRE DE L'ETABLISSEMENT

<u>Raison sociale :</u>	<u>Téléphone</u>
<u>Adresse :</u>	<u>Fax :</u>
<u>Code postal – Ville :</u>	<u>Mail :</u>

5. DIRECTEUR ou DIRECTRICE

<u>Nom et prénom :</u>	<u>Téléphone fixe :</u>
	<u>Téléphone portable :</u>
	<u>Mail :</u>

6. TYPES D'AGREMENTS

<u>Nombre de logements :</u> dont « Section Cure Médicale » : « Forfait Soins Courants » :
<u>Nombre de places en hébergement temporaire :</u>
<u>Agrément à l'aide sociale :</u> ☐ Oui ☐ Non
<u>Nombre de places :</u>
<u>Convention APL :</u> ☐ Oui ☐ Non
<u>Nombre de résidents bénéficiant de l'APL :</u>

7. DESCRIPTION DE L'ETABLISSEMENT

<u>Année de construction de l'établissement :</u>
<u>Nombre d'étages :</u>
<u>Nombre de logements de fonction :</u>

B - CONDITIONS DE FONCTIONNEMENT

1. NOMBRE DE LOGEMENTS

Types de logement	Nombre de logements	Nombre de personnes	Superficie par logement
T1			
T1 Bis			
T2			
TOTAL			
Dont hébergement temporaire			

2. NATURE ET SUPERFICIE DES LOCAUX TECHNIQUES ET COLLECTIFS

Nature des locaux	Superficie
Ensemble de l'établissement	
Cuisine	
Salle de restauration	
Salon(s)	
Autres :	

REMARQUES EVENTUELLES (Préciser notamment si des logements ont changé de destination et ne peuvent plus accueillir de locataires)

--

3. MONTANT DE LA MENSUALITE

Types d'hébergement	Mensualité demandée au résident	Dont :		
		Loyer	Charges locatives (préciser la nature)	Prestations obligatoires (reporter le détail en C.1 : page 5)
T1				
T1 Bis <u>Personne seule</u> <u>Couple</u>				
T2 <u>Personne seule</u> <u>Couple</u>				
Hébergement temporaire				
Autre				
Montant de l'annuité globale due au bailleur				

4. MONTANT EVENTUEL DES SUBVENTIONS D'EQUILIBRE (N/N-1)

Identification du financeur	Montant N	Montant N-1
CCAS		
Ville		
Conseil Général		
Autre (préciser)		

REMARQUES EVENTUELLES

C – DETAILS DES PRESTATIONS

1. PRESTATIONS PROPOSEES PAR L'ETABLISSEMENT

Types de prestations	Tarifs des prestations comprises dans la mensualité	Tarifs des prestations <u>non</u> comprises dans la mensualité	Volume et détail des prestations effectuées
Restauration Matin Midi Soir Samedi Dimanche/jours fériés			
Ménage Dans les logements Dans les parties communes			
Entretien du linge			
Télé assistance			
Activités et animations			
Transport			
Portage de repas			
Frais de personnel			
Autre (à préciser)			

REMARQUES EVENTUELLES

2. PRESTATIONS PROPOSEES PAR LES SERVICES EXTERIEURS

Types de prestations	Tarif des prestations	Volume des prestations effectuées
Ménage		
Courses		
Portage de repas		
Transports		
Toilettes		
Actes paramédicaux		
Autres (à préciser)		

REMARQUES EVENTUELLES

D - TAUX D'OCCUPATION

1. ACTIVITE DEPUIS 5 ANS

Nombre de places	2018	2019	2020	2021	2022
Hébergement EHPA					
Hébergement temporaire (éventuellement)					
TOTAL					

2. MOTIFS DE VARIATION DU TAUX D'OCCUPATION

Motifs	Commentaires
Absence de demandes (manque d'attractivité de l'établissement)	
Absence de candidats correspondant aux critères	
Structure inadaptée	
Appartements inadaptés	
Services inadaptés	
Délais de décisions d'attribution trop longs	
Délais de travaux trop longs entre un sortant et un entrant	
Manque de communication	
Autre (à préciser)	

REMARQUES EVENTUELLES

--

E – GMP

1. VENTILATION DES RESIDANTS PAR GIR

GIR 1	GIR 2	GIR 3	GIR 4	GIR 5	GIR 6	TOTAL

2. RESULTAT DU GMP DE L'ETABLISSEMENT

Date	GMP

3. INSTANCE QUI A CALCULE LE GMP

Conseil Départemental	Médecin coordonnateur d'un EHPAD voisin	Equipe médico-sociale en cas d'APA à domicile	Médecin ou infirmier coordonnateur de l'EHPA (si forfait soins courants)

FAIT LE :

A :

SIGNATURE :