

Direction de l'Offre de Santé et en faveur de l'Autonomie
Département Parcours des Personnes Agées

Appel à Manifestation d'intérêt 2019
« Expérimentation de dispositif innovant de vie à domicile pour personnes âgées en perte d'autonomie »

Lettre d'engagement à renvoyer pour le 10 juillet 2019 à : ars-pdl-dosa-aap@ars.sante.fr

Contours du projet envisagé

Porteur du dispositif	
Nom de (ou des) l'organisme gestionnaire :	
Ville /département	
N° FINESS juridique :	
N° FINESS géographique :	
Référent(s) en charge de la coordination du projet :	Nom du/des Référent(s) : Fonction : Coordonnées (téléphone et Email) :

- *Lister dans le tableau ci-dessous les acteurs participant au dispositif (joindre au document un courrier d'engagement des acteurs)*

Partenaire(s) du projet	Entité juridique et/ou statut ; Adresse	Périmètre d'intervention (professionnels de santé, structures partenaires, établissements, associations...).	Coordonnées des contacts : nom et prénom, mail, téléphone	Engagement écrit du partenaire à participer à l'élaboration du projet Oui/non (joindre l'engagement)
<i>Renseignez</i>				
<i>1 ligne par partenariat</i>				

Contexte, constats et besoins identifiés ayant conduit à la formulation du projet

Pourquoi ce projet ?

Objectifs et finalité du projet

Décrire l'enjeu et le contenu prévisionnel du projet

Public bénéficiaire

Quelles sont les typologies des personnes ciblées par ce projet ?

**Zone géographique ou territoire de réalisation de l'action
(commune, EPCI, département...)**

Préciser le champ d'application territorial.

Accompagnement méthodologique sollicité

Préciser la nature et les objectifs de l'accompagnement, sa durée et son coût (devis)