**Annexe 2**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Note D’opportunité du projet**  **(MERCI DE completer OBLIGATOIREMENT en format word)** | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Intitulé du projet** | |  | | | | |
|  | | | | | | |
| **Axes de la circulaire :** *Cochez l’axe concerné par votre projet*  1 - Amélioration de la vie sociale et prévention de la perte d’autonomie pour les personnes retraitées  2 – Modes d’accueil intermédiaire entre l’habitat individuel et l’hébergement collectif en institution  3 – Développement d’un cadre de vie de qualité au sein des établissements hébergeant des personnes âgées | | | | | | |
|  | | | | | | |
| **Montant de la subvention sollicitée** | | | | **€** | | |
| **Montant du prêt sollicité** | | | | **€** | | |
|  | | | | | | |
| 1. **Description de la structure** | | | | | | |
| **Année de construction** : | | | | | | |
| Type de logement | Nombre de logements **actuels** | | Surface | | Nombre de logements **prévus** | Surface |
| T1 |  | |  | |  |  |
| T1 BIS |  | |  | |  |  |
| T2 |  | |  | |  |  |
| T3 |  | |  | |  |  |
| Autres :  **-**  **-** |  | |  | |  |  |
| **Total** |  | |  | |  |  |
| Dont hébergement temporaire |  | |  | |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Espaces collectifs** | | | | | | | | | | | |
| Nature des locaux | | |  | | | Nombre et surface **actuels** | | | | Nombre et surface **prévus** | |
| Salle de restauration | | | Oui  Non | | |  | | | |  | |
| Salon(s) | | | Oui  Non | | |  | | | |  | |
| Sanitaires collectifs | | | Oui  Non | | |  | | | |  | |
| Salle d’animations | | | Oui  Non | | |  | | | |  | |
| Autres  - | | | Oui  Non | | |  | | | |  | |
| **Profil des résidents**   1. **Personnes retraitées**    1. **Régime de retraite principal**  |  |  | | --- | --- | |  | Nombre | | Régime Général |  | | MSA |  | | CNRACL |  | | **Autres :** *A préciser*  -  -  - |  | | **Total** |  | | | | | | | | |
| * 1. **Répartition des résidents par GIR** | | | | | | | | | | | |
|  | | GIR 1 | GIR 2 | | GIR 3 | GIR 4 | GIR 5 | | | GIR 6 | Total |
| Nombre **actuel** | |  |  | |  |  |  | | |  |  |
| Nombre **prévu** | |  |  | |  |  |  | | |  |  |
| 1. **Autres publics** | | | | | | | | | | | |
| Profils | | | | Nombre de logements dédiés | | | | | Nombre de personnes | | |
| *A préciser*  -  - | | | |  | | | | |  | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Personnels présents ou prévus dans la structure**   |  |  | | --- | --- | | Fonction | ETP | |  |  | |  |  | |  |  | |  |  |     **Tarifs d’hébergement actuels ou prévisionnels** | | | | |
| Type de logement | Loyer | Charges locatives | | Total redevance mensuelle |
| T1 /Studio |  |  | |  |
| T1 BIS |  |  | |  |
| T2 |  |  | |  |
| T3 |  |  | |  |
| **Autres :** *A préciser*  **-**  **-**  **-** |  |  | |  |
|  | | | | |
| **Détail des charges** : *A préciser* | | | | |
| **Prestations proposées par la structure** | | | | |
| Nature des prestations | Tarifs | Prestations comprises dans la mensualité | | Caractère obligatoire **(OBLIG)** ou optionnel **(OPT)** *(à préciser)* |
| Restauration : |  |  | |  |
| Petit déjeuner |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Déjeuner |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Dîner |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Dimanche/jours fériés |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Entretien du linge |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Téléassistance |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Activités et animations |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Transport |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Portage de repas |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| Autres *(à préciser)* : |  |  | |  |
| - |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| - |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| - |  | Oui  Non | | OBLIG  OPT |
| **Types d’agréments** | | | | |
| **Habilitation à l’aide sociale** :  Oui  Non  Si oui, précisez le nombre de places :  Si non, expliquez les motifs de refus : | | | | |
| **Convention à l’Aide au logement :** | | | Oui  Non | |
|  | | | | |
| **Difficultés rencontrées - Contraintes** | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
| 1. **Description du contexte local** | | | | |
| **Description de l’environnement** | | | | |
| **Implantation géographique** :  EPCI Ciblé : | | | | |
| **Accessibilité** : | | | | |
| **Proximité**  des transports : | | | | |
| des services : | | | | |
| des loisirs : | | | | |
| des commerces : | | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Etablissements pour personnes âgées dans le canton ou la commune** | | |
| Etablissements | Type | Nombre de places |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  | | |
| **Inscription dans le réseau gérontologique local** | | |
|  | | |
| **Partenariats existants avec les structures agissant en faveur des personnes âgées** *(Pour Axe 2 : Vie sociale – Portage de repas – Autres – Précisez).* | | |
|  | | |
| 1. **Synthèse du projet d’établissement pour les résidences autonomie** *(Organisation – Objectifs)* | | |
|  | | |
| **OU B) Synthèse du projet de vie sociale et/ou description des animations proposées** | | |
|  | | |
| **Liste des actions de prévention portées par les caisses interrégime (Carsat/MSA…) mises en place ou prévues par la structure** *(Ex : Ateliers Bons Jours, Atouts de l’âge…)* | | |
|  | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1. **Présentation du projet** | | |
| **Projet architectural** | | |
| Construction  Rénovation  Equipement | | |
| **Objectifs / Améliorations attendues** | | |
|  | | |
| **Descriptif de l’opération** | | |
|  | | |
| **Impacts du projet sur les résidents** *(déménagement, relogement temporaire, augmentation des tarifs, améliorations attendues, nouvelles prestations mises en place …)* | | |
| Non  Oui : Précisez : | | |
| **Planning de l’opération** | | |
| **Travaux** | **Date de démarrage** |  |
| **Durée** |  |
| **Equipement** | **Date d’acquisition** |  |

|  |
| --- |
| **Coût prévisionnel du projet *(détail par type de dépenses)*  TTC  HT** |
| ***A compléter (double-cliquez pour remplir sous Excel) ou joindre un document détaillé des dépenses en annexe*** |

|  |
| --- |
| **Plan de financement prévisionnel daté et signé – A compléter *(double-cliquez pour remplir sous Excel)* ou joindre un document détaillé en annexe avec copie des accords obtenus :** Faire apparaître clairement un budget équilibré entre recettes et dépenses, mentionner le montant des fonds propres, subventions, prêts, financeurs sollicités ….  **TTC  HT**    (1) Précisez la durée de remboursement des prêts |
|  |
| **Tarifs hébergement prévus après la réalisation des travaux (loyer, charges)** |
| Inchangés  Modification des tarifs : Précisez : |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Critères techniques et architecturaux définis par l’Assurance Retraite à respecter** | | | | | |
|  | Pré  Existant | Prévu par le projet | Prévu  + tard | NON | Observations |
| **PARTIES COMMUNES** | | | | | |
| Accessibilité du bâtiment (porte mécanisée ou facilement manœuvrable, rampe d’accès, plan incliné) |  |  |  |  |  |
| Accessibilité des circulations intérieures |  |  |  |  |  |
| Signalisation adaptée des circulations intérieures et des espaces collectifs |  |  |  |  |  |
| Circulations extérieures protégées et éclairées |  |  |  |  |  |
| Espaces verts, bancs |  |  |  |  |  |
| Hall d’entrée conçu comme un lieu d’accueil |  |  |  |  |  |
| **ESPACES COLLECTIFS** | | | | | |
| Accessibilité aux personnes à mobilité réduite |  |  |  |  |  |
| Confort adapté à l’accueil des personnes retraitées |  |  |  |  |  |
| Organisation d’activités diverses possible |  |  |  |  |  |
| Locaux pouvant être rafraîchis |  |  |  |  |  |
| Bloc sanitaire adapté et réservé au public accueilli |  |  |  |  |  |
| Lieu d’accueil identifié, accessible et convivial |  |  |  |  |  |
| Espace réservé aux activités |  |  |  |  |  |
| Espace réservé au repos |  |  |  |  |  |
| Espace réservé à la restauration |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **LOGEMENTS INDIVIDUELS** | | | | | |
| Se sentir chez soi et dans un cadre sécurisant |  |  |  |  |  |
| Surface de 20 m² minimum |  |  |  |  |  |
| Poignées adaptées |  |  |  |  |  |
| Allèges des fenêtres surbaissées |  |  |  |  |  |
| Portes élargies |  |  |  |  |  |
| Seuils de portes surbaissés ou plats |  |  |  |  |  |
| Sol uniforme et antidérapant |  |  |  |  |  |
| Eclairage adapté et favorisant le confort visuel |  |  |  |  |  |
| Volets roulants électriques |  |  |  |  |  |
| Interphone |  |  |  |  |  |
| Cuisine équipée permettant la préparation des repas |  |  |  |  |  |
| Robinetterie adaptée |  |  |  |  |  |
| Sanitaires adaptés |  |  |  |  |  |
| Douche plate |  |  |  |  |  |
| Aides techniques dans le logement |  |  |  |  |  |
| Prises et interrupteurs en hauteur |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Conditions de prise en compte des critères visant à inscrire le projet dans le cadre d’un dispositif de développement durable** |
|  |

|  |
| --- |
| **Dispositions prévues pour informer le public de l’aide financière accordée par la caisse (plan de communication)** |
|  |
|  |
| **Le contenu de la note d’opportunité peut être adapté en fonction du projet.**  **Il est conseillé de rédiger les informations chiffrées sous forme de tableaux.** |

**Fait à Date :**

**Nom du représentant légal ou de la personne en charge du dossier :**