**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 | [x]  OBLIG [ ]  OPT |
| - |  | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  OBLIG [ ]  OPT |
| - |  | [ ]  Oui [ ]  Non | [ ]  OBLIG [ ]  OPT |
| **Types d’agréments** |
| **Habilitation à l’aide sociale** : [ ]  Oui [ ]  NonSi 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** |
|  | PréExistant | 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 :**