**Annexe 2**

**Note D’opportunité du projet**

**(A completer OBLIGATOIREMENT en format word)**

|  |  |
| --- | --- |
| **Intitulé du projet** |  |

|  |
| --- |
| **Axes de la circulaire :** *Cocher 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**

**Régime de retraite principal** :

|  |  |
| --- | --- |
|  | Nombre |
| Régime Général |  |
| MSA |  |
| CNRACL |  |
| **Autres :** *A préciser*  -  -  - |  |
| **Total** |  |

**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**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 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**

|  |
| --- |
| *Décrivez* : |

**Partenariats existants avec les structures agissant en faveur des personnes âgées** *(Pour Axe 2 : Vie sociale – Portage de repas – Autres – Précisez).*

|  |
| --- |
|  |

**Synthèse du projet d’établissement** *(Organisation – Objectifs)*

|  |
| --- |
|  |

**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 ou joindre un document détaillé des dépenses en annexe*** |

**Plan de financement prévisionnel daté et signé - A joindre 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**

**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 :**