**Dossier de demande  
d’aide à l’investissement  
Plan d’aide  
à l’investissement 2022**

SECTEUR PERSONNES AGEES : spécifique PASA

(dans le cas où l’opération aidée ne concerne que la réalisation d’un PASA)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région** | **Département**  **d’implantation**  **du demandeur** | **Année de dépôt**  **du dossier** |
|  |  | **2022** |
| **Nom de l’établissement :** …………………………………………………………………… | | | | |

*Ce dossier est à renvoyer à l’Agence Régionale de Santé de la région*

*d’implantation de l’établissement.*

*Macintosh HD:Users:bmauch01:Desktop:Lg CNSA 2017 Q.ai*

ATTESTATION PREALABLE

Je, soussigné ……………………………….., représentant légal de ……………………………………………..………. ,

(Le cas échéant, si le maître d’ouvrage de l’opération d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné)

Et je, soussigné ………………………….…, maître d’ouvrage de l’opération d’investissement à mener,

sollicite auprès de l’Agence Régionale de Santé (ARS) une aide à l'investissement d'un montant de ……..€ dans le cadre du plan d'aide à l’investissement 2022 des établissements et services pour personnes âgées au titre du projet immobilier décrit de façon détaillée dans le dossier ci-après.

Je, soussigné………..…………., représentant légal de…………………….., déclare que ce dernier est en règle au regard de l'ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements y afférents.

Je certifie exactes, précises et complètes, les informations du présent dossier, notamment la mention de l’ensemble des demandes d’aide à l’investissement introduites auprès d’autres financeurs publics, ainsi que la mesure de l’impact de l’investissement sur le fonctionnement.

Je reconnais que les travaux ne peuvent commencer avant que la décision d’attribution d’une aide à l’investissement de la CNSA soit connue et notifiée, sauf dérogation explicite du Directeur Général de l’ARS, en référence aux dispositions règlementaires en vigueur.

### **Date : ........ ……**

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

(Le cas échéant)

Nom, signature et cachet du représentant légal de l’entité maître d’ouvrage

DECLARATION D’ABSENCE DE DOUBLE FINANCEMENT

Je, soussigné ……………………………….., représentant légal de ……………………………………………..………. ,

(Le cas échéant, si le maître d’ouvrage de l’opération d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné)

Et je, soussigné ………………………….…, maître d’ouvrage de l’opération d’investissement à mener,

* **ayant pris connaissance de l’article 9** du règlement (UE) 2021/241 du parlement européen et du conseil du 12 février 2021, qui exclut la possibilité de cumuler, sur un même projet, les fonds de la FRR et les autres fonds européens, dès lors que ces aides couvriraient « les mêmes coûts ».
* **ayant pris connaissance de l’article 22.2 c) i)** du même règlement (UE) 2021/241 qui dispose que « les fonds ont été gérés conformément à toutes les règles applicables, notamment les règles visant à éviter (…) un double financement ».

**déclare sur l’honneur :**

1. M’engager, à l’occasion de ma demande d’aide à l’investissement, à vérifier que mon projet n’est pas financé par d’autres fonds européens que ceux du Plan d’Aide à l’Investissement.

2. M’engager, dans le cas contraire, à signaler être placé dans une situation de double financement, dès la transmission de mon plan de financement, ou par tout autre moyen à ma disposition.

3. M’engager en cas de non-respect de ces engagements, à restituer à l’Agence Régionale de Santé les fonds indument perçus.

### **Date : ........ ……**

Nom, signature et cachet du représentant légal de l'entité gestionnaire,

(Le cas échéant)

Nom, signature et cachet du représentant légal de l’entité maître d’ouvrage

PIÈCES À JOINDRE À VOTRE DOSSIER

1. ***Pièces nécessaires pour déclarer le dossier éligible à fournir à l’ARS de la région :***

**Pièces obligatoires :**

1. Si le dossier n’est pas signé par le représentant légal de l’établissement subventionné, vous devez joindre le pouvoir de ce dernier au signataire
2. Si le maître d’ouvrage de l’opération d’investissement n’est pas le gestionnaire de l’établissement concerné, joindre le bail ou contrat liant les deux parties
3. Pour les établissements publics : délibération du conseil d’administration approuvant le projet d’investissement et le plan de financement prévisionnel détaillé
4. Si financement par crédit-bail : projet de contrat
5. Copie du courrier de demande d’autorisation de création du PASA accompagnant la transmission du dossier à l’ARS

**Pièces facultatives si l’ARS en dispose déjà par ailleurs :**

1. Pour les associations : copie de la publication au JO ou récépissé de déclaration en préfecture ainsi que les statuts
2. Arrêté d’autorisation de l’établissement sollicitant la subvention
3. ***Pièces nécessaires pour le versement de l’aide à l’investissement à fournir à l’ARS :***

1. IBAN original (en cas de trésorerie générale, joindre une attestation de la trésorerie faisant apparaître le nom du titulaire du compte)
2. Pièces comptables à fournir : derniers bilans (comptables et financier) et comptes de résultats approuvés et rapport du commissaire aux comptes/rapport de gestion du receveur
3. L’acte juridique engageant les travaux, pour le premier versement.
4. Le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant à 50 % du coût total des travaux, visé par le maître d’œuvre et certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le 2nd versement.
5. L’attestation définitive de fin de travaux et le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des travaux, visé par le maître d’œuvre et certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le versement du solde.

**FICHE D’IDENTITÉ**

**Compléter les trois rubriques :**

**NOM DE L’ENTITE MAÎTRE D’OUVRAGE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** ......... |

**🕿** ......... **E-mail:** .........

**Statut de l’entité :** .........

**Représentant légal :** .........

**Qualité :** .........

**Type de bail liant le maitre d’ouvrage et le gestionnaire** : ………………………………………………….

**NOM DE L’ENTITÉ GESTIONNAIRE :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿** **E-mail :**

|  |
| --- |
| **Statut de l’entité** (association, EPS, SARL, etc.) **:** |

**Représentant légal :**

**Qualité :**

**N° de déclaration d’existence :** .........

**Date de déclaration :** .........

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿**  **E-Mail :**

**Directeur :**

**N° FINESS :**

**Date du dernier arrêté d’autorisation :**

**Capacité totale autorisée :**

**Date de signature de la convention tripartite**:

|  |
| --- |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :**  NOM : …………………………………………………………….QUALITE : ………………………………………………….  TELÉPHONE : ………………………………………………….  E-MAIL : ……………………………………………… |

1. DESCRIPTION TECHNIQUE

Nature de l’activité poursuivie par l’établissement

* Catégorie établissement :…………………………………………………………………………………………
* Type de public accueilli : …………………………………………………………………………………………
* Existence d’un projet d’établissement : oui  date .../.../...... non
* Existence d’un projet de vie : oui  date .../.../...... non
* Diversification des modes d’accompagnement offert par l’établissement :
  + accueil de jour : ….places
  + accueil ou hébergement temporaire : ….places
  + Autres (préciser) : ….places

- Existence de coopérations développées :  oui  non 

Si oui préciser :

* convention avec établissement de santé  date .../.../…. .
* convention avec établissements médico-sociaux  date .../.../......
* convention avec acteurs du domicile  date .../.../......
* participation à 1 réseau de santé/CLIC/autres  date .../.../…..
* mutualisation par la biais d’un GCSMS  date .../.../…..
* intégration dans un GHT  date .../.../…...

- Existence d’un CPOM signé : oui  non   en cours 

Activités concernées par l’opération d’investissement

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Capacité totale de places PASA**  **(labellisées ou à labelliser)**  **touchée par l’opération d’investissement** |
| Nombre PASA\* |  |
| Nombre de places \*\* |  |
| **TOTAL** |  |

\* Un PASA : Pôle d’Activités et de Soins Adaptés

\*\* Un PASA comprend entre 12 et 14 places

Détail de l’opération concernant la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de troubles apparentés

* A quelle date la demande d’autorisation de création d’un PASA a-t-elle été déposée auprès de l’ARS : .../.../......

Description qualitative de l’opération d’investissement

Ci-dessous, synthétiser les principaux éléments.

**1- Présentation de l’opération (nature, localisation dans la cité[[1]](#footnote-1), historique et enjeux)**

**2- Environnement, respect des règles d’accessibilité, insertion rurale ou urbaine, desserte des transport**

**3- Opportunité et faisabilité de l’opération, contraintes**

**4- Besoins et exigences essentielles que doit satisfaire le PASA**

Le projet de PASA dispose-t-il :

* d’une entrée adaptée ?
* d’un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives ?
* d’un espace repas avec office ?
* d’au moins deux espaces d’activités adaptées ?
* de deux WC dont un avec douche ?
* des locaux de service nécessaires au fonctionnement du pôle ?
* d’un jardin ou d’une terrasse ?

Notion de PASA éclaté ?

Quels espaces sont réunis/éclatés ?

En quoi le projet de PASA favorise-t-il le confort et l’usage ?

En quoi le projet de PASA favorise-t-il l’orientation et contient-il la déambulation ?

En quoi le projet de PASA répond-il à des besoins d’autonomie et d’intimité ?

En quoi le projet de PASA répond-il aux aspects réglementaires (accessibilité, sécurité incendie…) ?

Caractéristiques du projet d’investissement

* Mode de dévolution :

CONCEPTION-REALISATION

CONTRAT DE PARTENARIAT

MARCHE GLOBAL

LOI MOP

VEFA

CPI

AUTRES  Préciser : ………………………………………………………………………..

* Procédure choisie :

**Maitrise d’usage ou équivalent** :

Assurée par un prestataire externe à l’établissement

Assurée en interne à l’établissement

Autre  Préciser : ……………………………………………………………………………………………………..

Indiquer qui a participé à la conception du projet :

* Résidents
* Salariés
* Aidants
* Familles
* Habitants du quartier
* Partenaires locaux
* Autres   Préciser : ………………………………………………………………………………………
* Procédure choisie :

Maitrise d’ouvrage confiée à un mandataire

Assurée par le propriétaire avec assistance extérieure ou un conducteur d’opération (AMO)

Assurée par les propres moyens du propriétaire

Autre  Préciser :……………………………………………………………………………………….………………

* Divers :

Intervention architecte bâtiments de France oui  non

Disponibilité du terrain : acquis  Date : ../../….

à acquérir  Date prévisionnelle : ../../…. Date de compromis : ../../….

mis à disposition  Depuis le : ../../….

* Stade d’avancement des études :
* Programme technique détaillé  date …/…/…..
* Concours de maitrise d’œuvre achevé   date .../.../......
* APS validé  date .../.../......
* APD validé
* Permis de construire déposé  date .../.../......
* Permis de construire obtenu :  date .../.../......
* Consultation des entreprises  date .../.../......
* Nature des travaux :

Création d’établissement (construction neuve)

Extension d’établissement : sur site  sur autre site

Reconstruction d’établissement : sur site  sur autre site

Restructuration d’établissement

Mise aux normes

Etudes de faisabilité

Descriptif technique du projet d’investissement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Description de l’opération** | **Surfaces totales avant l’opération d’investissement** | **Surfaces totales après l’opération d’investissement** | **Dont Restructuration** | **Dont Construction neuve** |
| Surface dans œuvre (SDO) du PASA | m² | m² | m² | m² |

|  |  |
| --- | --- |
| Superficie à la place du PASA :  (surface/nombre de places) | ……..… m² SDO |

Mémo : (Source : MAINH)

|  |  |
| --- | --- |
| SDO | La surface dans œuvre est égale à la somme des surfaces de plancher de chaque niveau de construction calculée à partir du nu intérieur des façades et des structures porteuses.  La SDO comprend les circulations verticales intérieures et extérieures, les circulations horizontales, les paliers d’étages intérieurs et extérieurs, les surfaces d ‘emprises au sol des structures non porteuses (cloisons, gaines techniques). |

1. DESCRIPTION FINANCIERE

1. Calendrier prévisionnel détaillé de réalisation

Remplir le calendrier en mois et année (mm/aaaa)

- Date prévisionnelle de lancement des travaux :

- Durée prévisionnelle de fin des travaux :

Coût prévisionnel de l’opération

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **HT** | **TVA** | | **TDC** |
| **PASA** | **10%** | **20%** | **PASA** |
| **définition des prix** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| **cout travaux** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| **prestations intellectuelles** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| **assurances** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| **provisions pour divers aléas** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| **provisions pour révision** | **€** | **€** | **€** | **€** |
| ***cout total travaux*** | **€ (1)** | **€** | **€** | **€ (2)** |
| **mobiliers** | **€ (3)** | **€** | **€** | **€ (4)** |
| **foncier** | **€ (5)** | **€** | **€** | **€ (6)** |
| **autres** | **€ (7)** | **€** | **€** | **€ (8)** |
| ***total*** | **€ (9)** | **€** | **€** | **€ (10)** |

*Nota : les montants des chiffres entre parenthèses sont à reporter au niveau des mêmes chiffres entre parenthèses du tableau suivant*

Plan de financement prévisionnel de l’opération toutes dépenses confondues (TDC) en valeur finale estimée (VFE)

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dépenses*** | ***montant***  ***(ht)*** | ***montant***  ***(ttc)*** | ***ressources*** | ***montant*** | ***%*** |
| **coût travaux tdc** | € (1) | € (2) | **aide à l’investissement CNSA** | € |  |
| **dont coût projet éligible CNSA** | € (3) | € (4) | **fonds propres sans droit de reprise** | € |  |
| **dont pasa** | € | € | **capacité d’autofinancement issue de la tarification** | € |  |
| **région** | € |  |
| **département**  **(hors fond europeen)** | € |  |
| **cout mobilier** | € (5) | € (8) | **commune** | € |  |
| **cout foncier** | € (6) | € (9) | **fonds européens** (doit concerner la partie non financée par la CNSA) | € |  |
| **cout autres :** (préciser) | € (7) | € (10) | **pls**  **agrément obtenu : oui  non** | € |  |
|  | | | **emprunts auprès des organismes bancaires :**   * **montant** * **durée** * **taux** * **organisme :** | €       % |  |
| **prêt caisse des dépôts :**   * **montant** * **durée** * **taux** | €       % |  |
| **crédit-bail :**   * **montant** * **organisme :** | € |  |
| **tva récupérée**  ***(inclure tva déductible et fctva)*** | € |  |
| **cper** (*hors CNSA)* | € |  |
| **autres :** (préciser) | € |  |
| **totaux** | € (11) | € (12) | **totaux** | (12) € |  |

* Coût du m² SDO construit TDC du PASA : ……….. €/m² HT et ...…… €/m² TTC

[Montant PASA TTC (2) / surface SDO PASA]

* Dont en restructuration : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC
* Dont en travaux neufs : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC

*Rappel : la répartition du coût au m² de l’unité PASA entre restructuration et travaux neufs est à déterminer par la maitre d’œuvre et doit être égale au coût m² SDO construit.*

* Coût du PASA à la place : …………………………………………….€

[Montant unité PASA TTC / nombre de places PASA]

* Calcul de la dépense subventionnable : (Détailler les calculs : ………………….. € HT et …………………..€ TTC [Montant de places PASA \* 25 000€/place PASA]
* Evolution du prix de journée hébergement envisagé *(champ obligatoire)* :

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prix de journée moyen départemental : | €/j | |
| Prix de journée hébergement actuel (avant travaux) :  (hors ticket modérateur APA) | €/j | |
|  | Avec subvention CNSA | Sans subvention CNSA |
| Augmentation du prix de journée liée au projet : | €/j | €/j |
| Prix de journée à l’ouverture des locaux (après travaux) :  Année : …………… | €/j | €/j |

*Si le gestionnaire n’est pas propriétaire des locaux*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Loyer actuel : | €/j | |
|  | Avec subvention CNSA | Sans subvention CNSA |
| Loyer à l’ouverture des locaux créés/modernisés : | €/j | €/j |

L’ANAP met à disposition un outil aidant au calcul de l’impact du projet d’investissement sur le prix de journée :

[**http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-simulation-de-limpact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/**](http://www.anap.fr/publications-et-outils/outils/detail/actualites/outil-de-simulation-de-limpact-dun-investissement-sur-le-prix-de-journee-en-ehpad/)**.**

Signatures

Signature et identité du représentant légal (Le cas échéant) : Signature et identité du

de l’entité gestionnaire + Cachet représentant légal de l’entité maître d’ouvrage + Cachet

CNSA

66, avenue du Maine – 75682 Paris cedex 14

Tél. : 01 53 91 28 00 – contact@cnsa.fr

**www.cnsa.fr**

**www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr**

1. Une attention particulière sera portée sur la pertinence des projets et leur place dans le maillage local, dans l’intérêt des résidents, des familles et de l’aménagement des territoires. Une attention particulière sera apportée à l’insertion dans la cité c'est-à-dire à la localisation des bâtiments dans les secteurs les plus centraux,(…). [↑](#footnote-ref-1)