**« PLAN SANTE DE PROXIMITE » - FICHE PROJET (VOLET 1, 2 ou 3)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **NOM DU PORTEUR** |  | | | |
| **INTITULE DU PROJET** |  | | | |
| **VOLET DE L’AMI** | **Volet 1 🞎** | **Volet 2 🞎** | | **Volet 3 🞎** |
| **NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE REFERENTE DU PROJET :**  **Coordonnées :** |  | | | |
| **DEPARTEMENT(S) d’intervention** |  | | | |
| **COMMUNE(S) d’intervention** |  | | | |
| **PUBLICS VISES PAR LE PROJET / GROUPES CIBLES DU PROJET (nombre, âge, etc.)** |  | | | |
| **BESOINS EN SANTE IDENTIFIES ET CARACTERISTIQUES du territoire couvert par le projet** | **Explicitation du besoin / Enjeux :** | | **Eléments de diagnostic :** | |
| **OBJECTIFS DU PROJET :** |  | | | |
| **DESCRIPTIF DU PROJET : principales actions mises en place / contexte de mise en œuvre** |  | | | |
| **PROFESSIONNELS MOBILISES SUR LE PROJET (Nombre, fonction et qualification)** |  | | | |
| **PARTENAIRES DU PROJET Institutions, Structures médicales, médico-sociales, éducatives, etc.** |  | | | |
| **INDICATEURS D’EVALUATION :** |  | | | |
| **PLAN DE FINANCEMENT DU PROJET :** | **Coût total** : | | | |
| **Montant demandé à la Région** : | | | |
| **Co-financements** :  **ARS** :  **Etat** :  **CAF** :  **Commune / EPCI** :  **Autres** : | | | |
| **CALENDRIER DE REALISATION DU PROJET :** |  | | | |
| **MODALITES DE SUIVI DU PROJET :** |  | | | |

**« PLAN SANTE DE PROXIMITE » - FICHE PROJET - VOLET 4**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NOM DU PORTEUR** |  | |
| **INTITULE DU PROJET** |  | |
| **NOM ET QUALITE DE LA PERSONNE REFERENTE DU PROJET :**  **Coordonnées :** |  | |
| **DEPARTEMEN(S) d’intervention** |  | |
| **COMMUNE(S) d’intervention** |  | |
| **PUBLICS VISES PAR LE PROJET / GROUPES CIBLES DU PROJET (nombre, âge, etc.)** |  | |
| **BESOINS EN SANTE IDENTIFIES sur le territoire couvert par le projet** | Explicitation du besoin / Enjeux (sous-équipement du territoire) | Eléments de diagnostic chiffré / Etude médico-économique |
| **OBJECTIFS DU PROJET :** |  | |
| **DESCRIPTIF DU PROJET : Nature de l’investissement / Caractère innovant / Contexte de la demande** |  | |
| **PROFESSIONNELS MOBILISES SUR LE PROJET (Nombre, fonction et qualification)** |  | |
| **PARTENAIRES DU PROJET : Institutions, Etablissements de santé, Structures médicales, médico-sociales, éducatives, etc.** |  | |
| **INDICATEURS D’EVALUATION : nombre de patients visés, nombre de prises en charge, impact sur les délais d’attente, la qualité des soins, liens ville-hôpital, etc.** |  | |
| **PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL DU PROJET** | **Coût total** : | |
| **Montant demandé à la Région** : | |
| **Co-financements** :  **ARS**:  **Etat** :  **Commune / EPCI** :  **Autres** : | |
| **CALENDRIER DE REALISATION DU PROJET :** |  | |
| **MODALITES DE SUIVI DU PROJET :** |  | |