**« 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 :** |  |