

Nom de la structure :

Reçu le :

N° de dossier :

Cadre réservé aux services départementaux

**DEMANDE D'AUTORISATION DES SERVICES D'AIDE ET
D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE (SAAD)**

Les services d'aide et d'accompagnement à domicile assurent au domicile des personnes ou à partir de leur domicile des prestations d'aide à la personne, notamment pour les activités ordinaires de la vie et les actes essentiels lorsque ceux-ci sont assimilés à des actes de la vie quotidienne, hors ceux réalisés, sur prescription médicale sauf les aspirations endotrachéales (article D 312-6 du Code de l'Action Sociale et des Familles (CASF)).

Conformément aux articles 47 et 48 de la loi d'adaptation de la société au vieillissement N°2015-1776 du 28 décembre 2015, transposées à l'article L313-1-1 et suivants du CASF, l'autorisation du Conseil départemental est requise pour l'ensemble des services d'aide à domicile intervenant en mode prestataire auprès des personnes âgées et des personnes handicapées, notamment bénéficiaires de l'allocation départementale personnalisée d'autonomie (ADPA) et de la prestation de compensation du handicap (PCH).

Les conditions d'autorisation sont précisées à l'article L 313-4 du CASF et prévoient notamment que le projet est accordé s'il :

- Est compatible avec les objectifs et les besoins sociaux et médico-sociaux fixés par le schéma départemental « Autonomie et inclusion » 2019-2024 ;
- Satisfait aux règles d'organisation et de fonctionnement précisées dans le CASF et prévoit les démarches d'évaluation et les systèmes d'information prévus aux articles L312-8 et L312-9 du CASF ;
- Répond au cahier des charges national fixé par le décret n°2016-502 du 22 avril 2016 définissant les conditions techniques minimales d'organisation et de fonctionnement des services d'aide et d'accompagnement à domicile.

Cette autorisation peut être refusée ou retirée dans les conditions prévues, respectivement, aux articles L. 313-8 et L. 313-9 du CASF. Tout service autorisé a l'obligation d'intervenir, dans la limite de sa spécialité et de sa zone d'intervention autorisée, auprès de toute personne bénéficiaire de l'ADPA ou de la PCH.

Toute nouvelle demande initiale d'autorisation ne sera prise en compte que si elle répond aux conditions posées à l'article L313-4.

Tout dossier incomplet ne pourra pas être instruit.

IDENTIFICATION DE LA STRUCTURE

Nom

Sigle.....

Statut.....

Objet

Numéro de SIREN | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Numéro de SIRET | |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Date de création de la structure.....

- Si association,
 - Numéro RNA ou déclaration en Préfecture **W**| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|
 - Date de publication au Journal Officielle | |_|_|_|_|_|_|_|_|
 - Reconnaissance d'utilité publique : OUI NON
 - Commissaire aux comptes : OUI NON
- Si entreprise, inscription au registre du commerce le

Adresse du siège social

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

Site internet :

Adresse de correspondance si différente

N° : Rue :

Bâtiment : N° d'appartement : Escalier :

Code postal : Commune :

Identification du représentant légal

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Email :

Identification de la personne chargée du présent dossier

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Email :

Votre service est-il déclaré ? OUI NON Si oui, numéro :

Date et numéro d'obtention de l'agrément :

PROJET D'ACTIVITE PROPOSE

1. CATEGORIE DE BENEFICIAIRES

| | Année N (nombre) | Année N+1 | Année N+2 |
|---|------------------|-----------|-----------|
| Personnes âgées : | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| Personnes handicapées : | | | |
| | | | |
| | | | |
| Autres types de bénéficiaires (préciser) : | | | |

2. ACTIVITE ENVISAGEE SUR LE DEPARTEMENT EN MODE PRESTATATAIRE

| Description des activités, <i>en lien avec le CASF et le schéma départemental « Autonomie et inclusion » 2019-2024</i> | Volume horaire année N | Volume horaire année N+1 | Volume horaire année N+2 |
|---|---------------------------|-----------------------------|--------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Communes d'intervention envisagées en Seine-Saint-Denis :

.....

.....

Autres Départements d'intervention :

.....

Autres activités existantes ou envisagées qui ne rentrent pas dans le cadre de l'autorisation sollicitée: (exemple : service de soins, accueil de jour etc...) :

.....

MOYENS HUMAINS

1. RESSOURCES HUMAINES

Convention (s) collective (s): OUI NON Si oui, laquelle :.....

Accord d'entreprise OUI NON

Répartition prévisionnelle des effectifs par type de qualification sur trois ans :

| | N : | | | N+1 : | | | N+2 : | | |
|---|------------------|-----|---|------------------|-----|------------------------------------|------------------|-----|------------------------------------|
| | Nombre de postes | ETP | Type de contrat de travail utilisé ¹ | Nombre de postes | ETP | Type de contrat de travail utilisé | Nombre de postes | ETP | Type de contrat de travail utilisé |
| Direction (directeur, chef de service etc.) | | | | | | | | | |
| Encadrement (responsable de secteur) | | | | | | | | | |
| Personnel administratif | | | | | | | | | |
| Personnel médico-social | | | | | | | | | |
| Auxiliaire de vie sociale | | | | | | | | | |
| Aide à domicile | | | | | | | | | |
| Autres | | | | | | | | | |
| Total | | | | | | | | | |

S'il existe déjà une activité mandataire, la clef de répartition prévue des moyens humains entre mandataire et prestataire doit être fournie et appliquée.

¹ temps partiel, temps plein, CDI, CDD, autres à préciser

PARTENARIAT ENVISAGE OU EFFECTIF

La structure est-elle : nationale régionale départementale locale

| Adhésion ou conventionnement | Si Oui, préciser : | Non, cocher : |
|--|--------------------|---------------|
| Union, fédération, réseau de l'aide à domicile | | |
| ESMS (SSIAD, résidence-autonomie etc...) | | |
| EVOLIA ou autre plateforme de ressources | | |
| CNAV, mutuelles etc... | | |
| Autre (label etc...) | | |

DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e), Mme M.
agissant en ma qualité de représentant légal de
certifie sur l'honneur

- l'exactitude des renseignements figurant ci-dessus,
- ne pas être l'objet de l'une des condamnations devenues définitive mentionnée au livre III du Code de l'Action Sociale et des Familles.

Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document m'expose à des sanctions pénales et financières en application de la loi.

Fait le à

Signature

PIECES A JOINDRE AU DOSSIER :

| | Transmis OUI(x) / NON (-) |
|---|---------------------------|
| 1. Document d'identification du porteur de projet (statuts etc...) | |
| 2. Liste des membres du Conseil d'administration et du Bureau (nom, prénom, coordonnées, date et lieu de naissance) | |
| 3. Lettre de motivation à l'obtention de l'autorisation | |
| 4. Lettre d'engagement selon modèle joint | |
| 5. Le projet de service selon l'article L.311-8 du CASF | |
| 6. Etude de marché sur le territoire d'intervention souhaité faisant apparaître clairement : | |
| a. Un état des lieux de l'offre sur le territoire souhaité quantitativement mais également concernant des publics spécifiques | |
| b. Une analyse des besoins non couverts | |
| c. Une synthèse du contexte social et médico-social local correspondant au public accompagné par le service afin de situer l'action du service en complémentarité et en coordination avec les autres intervenants et dispositifs. | |
| 7. Règlement de fonctionnement selon l'article L.311-7 du CASF. | |
| 8. Bail commercial ou autre document relatif au local adapté pour l'accueil du public | |
| 9. Modèle de fiche d'évaluation des besoins | |
| 10. Modèle de document de désignation de la personne de confiance | |
| 11. Modèle de projet individualisé d'aide et d'accompagnement | |
| 12. Livret d'accueil y compris Charte des Droits et Liberté de la Personne Accueillie et liste des personnes qualifiées | |
| 13. Grille tarifaire | |
| 14. Modèle de devis relatif aux prestations | |
| 15. Modèle de document individuel de prise en charge et/ou contrat de prestation faisant apparaître clairement les modalités de partage des informations strictement nécessaires au suivi social ou médico-social. | |
| 16. Modèle de fiche de mission ou d'intervention | |
| 17. Modèle de cahier de liaison ou système équivalent | |
| 18. Procédure mise en place en cas d'urgence et/ou d'absence de personnel | |
| 19. Modèle de facture | |
| 20. Modèle d'attestation fiscale | |
| 21. Le plan d'action d'amélioration de la qualité issu de la Charte Nationale Qualité | |
| 22. Organigramme | |
| 23. CV du personnel de direction | |
| 24. CV du personnel d'encadrement | |
| 25. CV des intervenants pressentis | |

| | |
|--|--|
| 26. Liste des formations envisagées sur les trois prochaines années pour la direction, l'encadrement et les intervenants à domicile (nombre de salariés concernés, type de formation/VAE, durée des formations prévues, organismes de formation, BP consacré à la formation et type de fonds alloués (OPCA, CNFPT etc...)) | |
| 27. Procédure de recrutement du personnel | |
| 28. Modèle de questionnaire de satisfaction | |
| 29. Procédure mise en place en cas d'évènement indésirable, de réclamation et de traitement des situations de maltraitance | |
| 30. Budget prévisionnel tri-annuel selon modèle ci-joint | |
| 31. Si structure déjà existante, le compte administratif et le bilan des années N-1 et N-2 | |
| 32. Le cas échéant, la dernière certification aux comptes | |
| 33. Calendrier prévisionnel des évaluations internes et externes | |

MODELE D'ENGAGEMENT

Je, soussigné, (nom et qualité).....

responsable de (préciser l'organisme).....

prend l'engagement :

- de respecter la réglementation relative aux établissements sociaux et médico-sociaux ainsi que le Cahier des charges national applicables aux services d'aide et d'accompagnement à domicile et notamment de :
 - délivrer aux usagers ou clients une information leur permettant de choisir à tout moment la prestation la plus adaptée à leur situation,
 - de veiller au respect de l'interdiction faite aux intervenants à domicile de recevoir des usagers ou clients toute délégation de pouvoir sur les avoirs, biens ou droits, toute donation, tout dépôt de fonds, bijoux ou valeurs,
 - de respecter les conditions de discrétion et de préservation de l'autonomie des usagers,
 - et, d'une façon générale, de veiller à la qualité des prestations fournies, notamment en mettant en œuvre des règles de contrôle interne de la qualité,
- de communiquer au Département toute information relative à son activité ainsi qu'à ses financements, le Département se réservant le droit de pratiquer tout contrôle sur place et sur pièces.

Fait à....., le

Signature

**BUDGET PREVISIONNEL DU MODE PRESTATAIRE D'UN SERVICE D'AIDE
ET D'ACCOMPAGNEMENT A DOMICILE RELEVANT DE L'ARTICLE L312-1
DU CASF**

(version synthétique)

| DEPENSES | N | N+1 | N+2 |
|--|----------|------------|------------|
| GROUPE I : DEPENSES AFFERENTES A L'EXPLOITATION COURANTE | | | |
| GROUPE II : DEPENSES AFFERENTES AU PERSONNEL | | | |
| GROUPE III : DEPENSES AFFERENTES A LA STRUCTURE | | | |
| TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III) | | | |
| Déficit ou excédent de la section d'exploitation reporté | | | |
| TOTAL DEPENSES D'EXPLOITATION | | | |

RECETTES

| | | | |
|---|--|--|--|
| GROUPE I : PRODUITS DE LA TARIFICATION ET ASSIMILES | | | |
| GROUPE II : AUTRES PRODUITS RELATIFS A L'EXPLOITATION | | | |
| GROUPE III : PRODUITS FINANCIERS ET PRODUITS NON ENCAISSABLES | | | |
| TOTAL GENERAL (GROUPE I + GROUPE II + GROUPE III) | | | |
| Déficit ou excédent de la section d'exploitation reporté | | | |
| TOTAL RECETTES D'EXPLOITATION | | | |