*Date et lieu*

Objet : déclaration d’activité d’hébergement temporaire non médicalisé (HTNM)

Monsieur le Directeur,

 Conformément à l’article 1 du décret n°2021-1114 du 25 août 2021, je vous informe que l’établissement ……………………………. proposera à sa patientèle une prestation d’hébergement temporaire non médicalisé (HTNM) à compter du ………………. *(minimum 30 jours avant le démarrage).*

Cette activité se réalisera au sein …………………

*(Indiquer si la prestation d’HTNM sera réalisée par votre établissement ou si elle sera confiée à un tiers par voie de convention, préciser son* nom *le cas échéant)*

Selon les modalités d’accueil suivantes :

*Descriptif des modalités d’accueil*

Avec les bénéfices attendus pour les patients et leur prise en charge :

*Décrire les bénéfices attendus pour vos patients*

Notre établissement s’engage à respecter les conditions de mises en œuvre de la prestation telles qu’indiquées dans le décret n°2021-1114 du 25 août 2021, notamment concernant les critères d’éligibilité des patients et les modalités pratiques, à procéder à la remontée mensuelle de l’activité d’HTNM à l’ATIH et à transmettre un bilan annuel de cette activité à l’ARS (au plus tard le 31 mars de l’année N+1).

*Signature*