**Dossier de demande  
d’aide à l’investissement  
Plan d’aide à l’investissement 2024**

SECTEUR PERSONNES AGEES

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Région** | **Département**  **d’implantation**  **du demandeur** | **Année de dépôt**  **du dossier** |
|  |  | **2024** |
| **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 2024 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 ou l’acquéreur (VEFA, CPI) 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. Annexes 2, 5, 6, 7, 8 et 10 de l’arrêté du 22 octobre 2003 (PPI)
5. Document précisant la situation juridique des terrains et immeubles
6. Plan de situation, plan cadastral et plan de masse des travaux
7. Si financement par crédit bail : projet de contrat
8. Dossier technique incluant :
   1. le programme technique détaillé,
   2. le cas échéant le contrat de maîtrise d’œuvre signé,
   3. le cas échéant l’esquisse ou les plans à un stade plus avancé,

Pour la version numérique, les plans 2D seront fournis au format .pdf.

Pour les stades plus avancés présentés (APS, APD, PRO…) il est également demandé en plus des plans 2D une maquette numérique 3D basique présentée soit :

* + 1. au format .rvt (REVIT),
    2. via un lien de consultation web gratuit sans limite de temps (type autodesk viewer),
    3. via d’autres logiciels : ARCHICAD, SKETCHUP, AUTOCAD…. et sera dans ce cas transmise avec le lecteur numérique gratuit associé ou à défaut transmise au format .ifc.

1. Copie du courrier de demande d’autorisation de création accompagnant la transmission du dossier à l’ARS si le projet d’investissement porte sur un PASA ou une UHR

**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. Pour les sociétés commerciales : extrait Kbis, inscription au registre du commerce ainsi qu’un tableau précisant sur les 3 dernières années les aides attribuées par des personnes publiques
3. Arrêté d’autorisation de l’établissement sollicitant la subvention

**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 juridique :**

**N° FINESS géographique :** ……………………………………………………………………………………………………

**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 : ………………………………………………….FAX :  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 de 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 

- Existe-il un centre de ressources territorial (CRT) : oui  non   en cours de création

Si non, sa création est-elle prévue, et à quelle date : ……………………………………………………..

Activités concernées par l’opération d’investissement

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Places** | **Capacité totale de l’établissement** | | **Capacité touchée**  **par l’opération d’investissement** | |
| **Autorisée** | **Installée** | **Places à moderniser** | **Places à créer** |
| Hébergement permanent |  |  |  |  |
| Accueil / hébergement temporaire |  |  |  |  |
| Accueil de jour\* |  |  |  |  |
| Accueil de nuit |  |  |  |  |
| AUTRES : (préciser) |  |  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |  |  |

\* La capacité minimale des places d’accueil de jour est de :

- 6 places lorsque l’accueil de jour est adossé à un EHPAD

- 10 places pour un accueil de jour autonome**.**

**Habilitation à l’aide sociale (uniquement lits hébergement permanent et temporaire)**

* + Nombre de places (autorisées par le Président du Conseil Départemental) habilitées à l’aide sociale avant l’opération d’investissement : …………..
  + Nombre de places (autorisées ou en cours d’autorisation par le Président du Conseil Départemental) habilitées à l’aide sociale après l’opération d’investissement : ………….

**Chambres avant l’opération d’investissement :**

* Nombre de chambres individuelles : ………
* Nombre de chambres doubles : …….
* Nombre de chambres supérieures à 2 lits : …………
* Nombre de chambres doubles ou + à individualiser concernées par l’opération d’investissement : ……….
* Nombre de chambres avec sanitaire complet (lavabo, douche, wc) : ……………..
* Nombre de chambre avec sanitaire partiel (lavabo, wc) : …………………
* Nombre de chambre sans sanitaire : ………………….

**Taille des chambres :**

* M² (en moyenne) d’un chambre individuelle : ……….m²
* M² ‘en moyenne) d’un chambre double : …………….m²
* M² (en moyenne) d’une chambre supérieures à 2 lits : …………….m²

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

* L’opération concerne la prise en charge des personnes atteintes de la maladie d’Alzheimer ou de troubles apparentés : oui   non

en totalité

partiellement

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

* Indiquer le nombre de places Alzheimer touchées par l’opération d’investissement :

|  |  |
| --- | --- |
| **Places** | **Capacité totale de place Alzheimer touchée par l’opération d’investissement**  **(places à moderniser et à créer)** |
|
| **HP (hors UHR/PASA)** |  |
| **HT (hors UHR/PASA)** |  |
| **AJ\*** |  |
| **PASA\*\*** |  |
| **UHR\*\*\*** |  |

*\* La capacité minimale des places d’accueil de jour Alzheimer est de :*

*- 6 places lorsque l’accueil de jour est adossé à un EHPAD*

*- 10 places pour un accueil de jour autonome****.***

*\*\* PASA : Pôle d’activités et de soins adaptés*

*\*\*\* UHR : Unité d’hébergement renforcée*

*Un PASA et une UHR comprend de 12 à 14 places*

Description qualitative de l’opération d’investissement

Ci-dessous, synthétiser les principaux éléments.

1. **Opération globale :**

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

**Avis et implication du CVS (conseil de la vie sociale) dans le projet**

**Environnement, respect des règles d’accessibilité, insertion rurale ou urbaine, desserte des transports**

**Sentiment de « chez soi » pour les résidents**

Périmètre du projet CNSA dans l’opération d’ensemble

**Prise en compte de l’amélioration des performances énergétiques**

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

**Besoins et exigences essentielles que doit satisfaire l’opération** (exigences de qualité et de confort du projet (Qualité d’usage des locaux, Démarche Haute Qualité Environnementale (HQE), durabilité de l’investissement, Caractère remarquable du projet …))

**b) Ouverture sur l’extérieur**

**Le projet contient-il des locaux qui permettront l’ouverture de l’établissement vers l’extérieur ? OUI NON**

**S’agit-il d’un projet de tiers lieux ?**

OUI ❒ NON 🞏

**Si oui, répondre aux questions b1) ; si non, répondre aux questions b2) :**

**B1) Précisez les objectifs, comment sera conçu le lieu, quel sera son fonctionnement, quels types d’activités sont envisagés, qui sera associé à l’élaboration du programme :**

**B1) Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d’aménagement / d’équipement prévus :**

**B1) Quels sont les impacts attendus ? Le projet est réussi si ….**

**B1) Qui est ou qui sont le(s) partenaire(s) associé(s) au tiers-lieu ?**

**Précisez leur nature, leur implication dans la conception et l’animation du tiers-lieu**

**B1) Comment va être piloté le projet, par qui, en s’appuyant sur quelles ressources ?**

**B1 ) Expliquez comment vous allez impliquer une grande diversité de parties prenantes : voisins et habitants de tous âges, institutions et commerçants riverains, professionnels de l’EHPAD, résidents et leurs proches…**

**B2) Précisez les objectifs, comment sera conçu le lieu, quel sera son fonctionnement, quels types d’activités sont envisagés, qui sera associé à l’élaboration du programme ?**

**B2) Précisez où il se situe, sa taille, ses caractéristiques, son état, le type de travaux / d’aménagement / d’équipement prévus**

**B2 ) S’agit-il d’un lieu accessible au public extérieur à l’établissement et y a-t-il une interaction prévue entre les résidents et le public extérieur ?**

**B2) Le local a-t-il vocation à être prêté au public extérieur en dehors des activités de l’établissement ? si oui, pour quelles activités ?**

1. **PASA :**

**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…) ?

1. **UHR :**

**7- Le projet d’UHR dispose-t-il :**

- d’une entrée adaptée ?

- d’espaces privés ?

- d’un espace repas avec office ?

- d’un espace salon dédié au repos et à certaines activités collectives ?

- d’une salle de bain/bien-être ?

- d’au moins un espace17 d’activités adaptées ?

- de deux WC ?

- des locaux de service nécessaires au fonctionnement de l’unité ?

- d’un jardin ou d’une terrasse ?

**En quoi le projet d’UHR favorise-t-il le confort et l’usage ?**

**En quoi le projet d’UHR favorise-t-il l’orientation et contient-il la déambulation ?**

**En quoi le projet d’UHR est-il sécurisé ?**

**En quoi le projet d’UHR répond à des besoins d’autonomie et d’intimité ?**

En quoi le projet d’UHR répond-il aux aspects réglementaires (accessibilité, sécurité incendie…) ?

1. **Performances énergétiques :**

La réglementation impose une réduction de la consommation d’énergie finale des bâtiments à usage tertiaire, en appliquant l’une des deux méthodes présentées à l’article L 111-10-3 du code de la construction et de l’habitation :

* réduire sa consommation énergétique de 40 % d’ici 2030, de 50 % d’ici 2040 et de 60 % d’ici 2050 par rapport à une année de référence qui ne peut être antérieure à l’année 2010 ;
* ou pour les nouveaux bâtiments tertiaires, atteindre un niveau de consommation d’énergie fixé en valeur absolue pour chaque type d’activité.

Démarches engagées pour répondre aux objectifs de la loi Elan :

* Quelles mesures sont mises en place pour améliorer la performance énergétique des bâtiments ?
* Quels équipements performants ont installés ? Quels dispositifs de contrôle et gestion active de ces appareils sont mis en place ?
* Quelles sont les modalités d’exploitation de ces équipements ?

* Quelles actions sont mise en œuvre pour adapter les locaux à un usage économe en énergie et améliorer le comportement des occupants ?

**Dans le cadre de l’amélioration de l’efficacité énergétique et de la transition écologique de votre établissement, avez-vous eu recours à un Conseiller en Transition énergétique et écologique en santé (CTEES) ?**

Oui ❒ Non ❒

Descriptif technique du projet d’investissement :

* Indicateurs

Remplacement d’une chaudière au fioul  oui  non

Mode de chauffage actuel : ……………………………………..….

Gain d'économie d'énergie :

|  |  |
| --- | --- |
| Consommation en kWhef/m²an avant travaux | Consommation estimée en kWhef/m²an après travaux |
|  |  |

Réduction d’émission des gaz à effet de serre :

|  |  |
| --- | --- |
| Consommation en kgeqCO2/an avant travaux | Consommation estimée en kgeqCO2/an après travaux |
|  |  |

*Référence réglementaire :* [*https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7A8D1D9967EB25B348E5ED5E26323E44.tplgfr23s\_1?idArticle=LEGIARTI000025624087&cidTexte=LEGITEXT000020491551&dateTexte=20120316*](https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexteArticle.do;jsessionid=7A8D1D9967EB25B348E5ED5E26323E44.tplgfr23s_1?idArticle=LEGIARTI000025624087&cidTexte=LEGITEXT000020491551&dateTexte=20120316)

* 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 : ../../….

Numéros de parcelles : …………………………………………………………………

…………………………………………………………………

Zone inondable : oui  non

Zone à risque géologique : oui  non

Zone à risque technologique : oui  non

Y a- t-il des contraintes liées au site : oui  non

Si oui ; lesquelles : ………………………………………………………………………………………………………….

Réglementation énergétique appliquée à la construction du bâtiment principal :

Avant 2000

RT2000

RT2005

RT2012

RT2020

* 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 inclues dans le projet global

Prestations intellectuelles

* Normes de sécurité incendie :

Structure type U

Structure type J

Surfaces

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **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) globale   * dont projet éligible CNSA * dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) * dont PASA * dont UHR * dont locaux ouverts sur l’extérieur | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² | m²        m²        m²        m²        m² |

*Nota : si le projet éligible CNSA correspond au projet global, porter 2 fois les mêmes renseignements*

|  |  |
| --- | --- |
| Superficie au lit et/ou place : (surface/nb de lit et/ou place)   * projet éligible CNSA      * PASA * UHR * unité Alzheimer (hors UHR) | ……..… m² SDO    ……….. m² SDO ……….. m² SDO  ……….. 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 :

- Date prévisionnelle de fin de travaux : .

- Date prévisionnelle de mise en service : ………………………………………………………………………..……

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

Êtes-vous assujetti à la TVA : oui  non

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dépenses*** | | ***montant***  ***(ht)*** | ***montant***  ***(ttc)*** | ***ressources*** | ***montant*** |
| **coût travaux** | | € | € | **aide à l’investissement cnsa 2024** *(demande via ce dossier)* | € |
| **dont coût projet éligible CNSA** | | € | € | **aide a l’investissement cnsa :**  **2021** *(obtenu)*  **2022** *(obtenu)*  **2023** *(obtenu)* | €        €        € |
| **dont pasa** | |  |  | **fonds propres sans droit de reprise** | € |
| **dont uhr** | |  |  | **capacité d’autofinancement issue de la tarification** | € |
| **dont alzheimer hors pasa et uhr** | |  |  | **région** | € |
| **prestations intellectuelles** | | € | € | **département**  (HORS FONDS EUROPEEN) | € |
| **assurances** | | € | € | **commune** | € |
| **provisions pour aléas** | | € | € | **fonds européens** (doit concerner la partie non financée par la CNSA) | € |
| **provisions pour révisions de prix** | | € | € | **pls**  **agrément obtenu : oui  non** | € |
| **cout mobilier** | € | | € | **emprunts auprès des organismes bancaires :**   * **montant** * **durée** * **taux** * **organisme :** | €       % |
| **cout foncier** | € | | € | **prêt caisse des dépôts :**   * **montant** * **durée** * **taux** | €       % |
| **cout autres :** (préciser) | € | | € | **crédit-bail :**   * **montant** * **organisme :** | € |
|  | | | | **tva récupérée**  ***(inclure tva déductible et fctva)*** | € |
| **autres :** (préciser) | € |
| **totaux** | | € | € | **totaux** | € |

* Coût du m² SDO construit TDC de l’opération éligible CNSA : ……….. €/m² HT et ...…… €/m² TTC

[Montant des travaux projet éligible CNSA TTC/SDO projet CNSA]

* Dont en restructuration : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC
* **Dont PASA : ......... …………. €/m² HT et ………….….. €/m² TTC**
* **Dont UHR : ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont locaux permettant l’ouverture sur l’extérieur :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* Dont en travaux neufs : ......................... €/m² HT et ……………… €/m² TTC
* **Dont PASA : ......... …………. €/m² HT et ………….….. €/m² TTC**
* **Dont UHR : ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA) :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**
* **Dont locaux permettant l’ouverture sur l’extérieur :   ........................  €/m² HT et …………...... €/m² TTC**

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

* Coût de l’opération éligible CNSA à la place : …………………………………………….€

[Montant des travaux projet éligible CNSA TTC/nombre de places projet CNSA]

* **Dont PASA : €/m²**
* **Dont UHR : €/m²**
* **Dont unité Alzheimer (hors UHR/PASA): €/m²**
* **Dont locaux permettant l’ouverture sur l’extérieur : …………...... €/m² TTC**
* Calcul de la dépense subventionnable : (Détailler les calculs : ………………….. € HT et …………………..€ TTC

Mémo : Ce calcul ne concerne pas les départements et collectivités d’outre-mer

|  |
| --- |
| * sont compris dans la dépense subventionnable : travaux, prestation intellectuelles, divers aléas, assurances et révisions * ne sont pas compris dans la dépense subventionnable le mobilier et le foncier * les coûts aux m² plafond sont :   - 2100 € TDC au m² hors taxes (HT) de surface dans œuvre (SDO) pour des travaux de restructuration  - 2800 € TDC au m² hors taxes (HT) de surface dans œuvre (SDO) pour les travaux neufs  Attention, les coûts maximums plafonnés ne sont applicables que si les coûts au m² sont supérieurs aux plafonds**.** |

* 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 |

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/)**.**

*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 |

Préciser la décomposition de la redevance immobilière :

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Décomposition redevance immobilière Article R353-18 du code de la Construction et de l'Habitation** | | | | | |
|  | | | | | |
| **DECOMPOSITION** | **REDEVANCE FORFAITAIRE ACTUELLE** | | **PROPOSITION** | | |
| **DECOMPOSITION** | **ASSIETTE** | **INDEXATION** | **ASSIETTE** | **INDEXATION** | **PROPOSITION** |
| Charges afférentes à l'ensemble des dépenses liées à l'investissement | Montant global | IRL | Montant TDC | Sans objet | valeur définie préalablement à la réalisation des travaux et partage des gains éventuels ou surcoûts éventuels de travaux |
| Charges afférentes à l'ensemble des dépenses liées au financement de l'investissement | Frais financiers | Emprunt à taux fixe :  sans objet Emprunt à taux variable : variation de l'indice | Partage des gains ou surcoûts éventuels d'indexation du crédit  - Capital emprunté, taux d'emprunt(s), durée d'emprunt(s) |
| Frais généraux | x % du montant TDC | IRL | Fixe (gestion adm.) + x % du montant TDC |
| PCRC | x % du montant TDC | ICC | Pour travaux à hauteur de 25 % de l'investissement / 15 ans d'exploitation (réfection 2nd œuvre, équipements sanitaires, électricité, équipements cuisine, divers) : 1,1 % du coût TDC /an BT 50 ( du 01/2019 à 01/2022 : ICC : + 13 % / BT 50 : +8,5 %) |
| Prime assurance | Sans objet | Sans objet | Facturé à l'euro |
| Taxe foncière sur les propriétés bâties | Sans objet | Sans objet | Facturé à l'euro |

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)