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

PRESTATIONS INTELLECTUELLES

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **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 financement de prestations intellectuelles.

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.

Je reconnais que les prestations 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. Pour les établissements publics : délibération du conseil d’administration approuvant le projet ainsi que son plan de financement
3. Devis détaillés mentionnant le nom de l’établissement

**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. ***Pièces nécessaires pour le versement de l’aide à l’investissement à fournir à l’ARS :***

1. IBAN original (en cas de trésorerie générale, joindre une attestation de la trésorerie faisant apparaître le nom du titulaire du compte)
2. L’acte juridique engageant les prestations, pour le premier versement.
3. Le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant à 50 % du coût total des prestations certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le 2nd versement.
4. Le bordereau récapitulatif des factures acquittées correspondant au coût total des prestations certifié par le maître d’ouvrage et le comptable, pour le versement du solde.

**FICHE D’IDENTITÉ**

**Compléter les trois rubriques :**

**NOM DE L’ÉTABLISSEMENT :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** |

**🕿**  **E-Mail :**

**Directeur :**

**N° SIRET :**…………………………………………………………………………………………………………………………

**N° FINESS :**

**Date du dernier arrêté d’autorisation :**

**Capacité totale autorisée :**

**Date de signature de la convention tripartite**:

**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’ENTITE PROPRIETAIRE (si différente du gestionnaire) :**

|  |
| --- |
| **Adresse :** ......... |

**🕿** ......... **E-mail:** .........

**Statut de l’entité :** .........

**Représentant légal :** .........

**Qualité :** .........

**Type de bail liant le maitre d’ouvrage et le gestionnaire** : ………………………………………………….

|  |
| --- |
| **PERSONNE RESPONSABLE DU DOSSIER ET QUALITÉ :**  NOM : …………………………………………………………….QUALITE : ………………………………………………….  TELÉPHONE : …………………………………………………  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 

- Nombre de places habilitées à l’aide sociale (si établissement pour personnes âgées : ………………….

1. Situation actuelle justifiant le lancement des prestations intellectuelles

………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Objet des prestations

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..

1. Les prestations concernent (possibilité de choix multiples) :

❒ des études préalables et pré opérationnelles telles que :

* stratégie immobilière et patrimoniale : schéma directeur immobilier et plan pluriannuel d’investissement ;
* programmation : études d’opportunité, de faisabilité, de pré programmation ;
* diagnostics et calculs de structure ;
* prestations foncières de géomètre expert et de relevés topographiques ;
* études géotechniques de reconnaissance et diagnostics de pollution des sols ;
* économie de la construction : évaluation financière du projet …

❒ des études opérationnelles telles que :

* programmation : programme fonctionnel, programme technique et détaillé ;
* conception : études par le maître d’œuvre : avant-projet sommaire puis détaillé, projet correspondant au cahier des charges de travaux ;
* réalisation : suivi et intervention des AMO…

❒ du management de projet pour aider à la prise de décision :

* économiste de la construction ;
* conduite d’opération ;
* mandataire de maîtrise d’ouvrage (maître d’ouvrage délégué ou MOAd).

❒ des AMO aidant à la prise en compte des aspects d’usages, réglementaires ou sécuritaires tels que :

* AMU ;
* contrôleur technique de construction ;
* coordination de la sécurité et de la prévention de la santé ;
* coordination des systèmes de sécurité incendie ;
* ordonnancement, pilotage et coordination (du chantier)…

❒ autre (préciser) : ……………………………………………………………….

1. Périmètre de la réflexion : (analyse des besoins du territoires et de son évolution, options de localisation, évolution de l’offre envisagée, etc…)

…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

1. Calendrier prévisionnel

Remplir le calendrier en mois et année (mm/aaaa)

- Date prévisionnelle de lancement des prestations :

- Date prévisionnelle de fin des prestations : …………………….. .

1. DESCRIPTION FINANCIERE

Si votre établissement est assujetti à la TVA, vous devez remplir le plan de financement en HT.

Si votre établissement n’est pas assujetti à la TVA, vous devez remplir le plan de financement en TTC.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***dépenses*** | ***montant***  ***(ht)*** | | ***montant***  ***(ttc)*** | | ***ressources*** | ***montant***  ***(ht)*** | | ***montant***  ***(ttc)*** | ***%*** |
| **coût des études préalables ou pré-opérationnelles** | € | | € | | **aide à l’investissement CNSA** | € | | € |  |
| **cout des études opérationnelle** | € | | € | | **fonds propres sans droit de reprise** | € | | € |  |
| **cout management du projet** | | € | | € | **capacité d’autofinancement issue de la tarification** | € | | € |  |
| **cout amo** | | € | | € | **région** | € | | € |  |
| **cout autres :** (préciser) | | € | | € | **département (hors aide issue du feder)** | € | | € |  |
|  | | | | | **commune** | € | | € |  |
| **emprunts auprès des organismes bancaires :**   * **montant** * **durée** * **taux** * **organisme :** | € | | €  MOIS  %  ……….. |  |
| **autres :** (préciser) | € | | € |  |
| **totaux** | € | |  | | **totaux** | € | € | |  |

Pour rappel, l’aide à l’investissement fait partie des mesures de France Relance ayant vocation à être remboursées par l’Union européenne via la « Facilité pour la reprise et la résilience » (FRR). L’aide à l’investissement accordée ne peut se cumuler avec d’autres aides issues des Fonds européens structurels et d’investissement (notamment le FEDER).

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**