

## Appel à candidatures

### **Attribution d'une dotation complémentaire aux Services Autonomie à Domicile (SAD) pour le financement d'actions améliorant la qualité du service rendu à l'usager**

Date de publication : 01/12/2025

## **ANNEXE 2 : COURRIER D'ENGAGEMENT (MODELE)**

Je soussigné(e), , du SAD , m'engage à accepter dans le cadre du CPOM, les modalités de limitation du reste à charge des personnes accompagnées, et à ne pas augmenter le reste à charge par la mise en place de la dotation complémentaire.

Fait à

Le

Signature

# ANNEXE 3 : TRAME DE REONSE A L'APPEL A CANDIDATURE

## Présentation du service

### Identification de la structure

Nom : .....

Statut juridique : .....

Adresse du siège social :.....

Code postal et commune : .....

Courriel et téléphone : .....

N° SIRET/SIREN : .....

N° d'identification au répertoire national des associations : .....

N° FINESS : .....

Date de la première autorisation (ou ex. agrément) : .....

### Identification du responsable légal de la structure

Nom et prénom : .....

Fonction : .....

Courriel et téléphone : .....

### Identification de la personne chargée du dossier (si différente du responsable)

Nom et prénom : .....

Fonction : .....

Courriel et téléphone : .....

## Activité 2024-2025

### ➤ APA

	2024		2025	
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures
GIR 1				
GIR 2				
GIR 3				
GIR 4				
Total				

	2024		2025	
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures
Bénéficiaires avec un taux de participation inférieur à 10%				
Bénéficiaires avec un taux de participation supérieur à 10%				
Total				

### ➤ PCH

	2024		2025	
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures
PCH moins de 20 ans				
PCH plus de 20 ans				
Total				

	2024		2025	
	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures	Nombre de bénéficiaires	Nombre d'heures
PCH inférieure à 90 heures par mois				
PCH supérieure à 90 heures par mois				
Total				

- Organisez-vous certaines de vos interventions en partenariat avec une structure sanitaire ou médico-sociale (SSIAD, etc.) ?

- oui (le cas échéant, il est nécessaire de justifier votre réponse en joignant les conventions en annexe de votre candidature)
- c'est en projet
- non

Comment organisez-vous vos interventions en partenariat avec les acteurs du sanitaire et/ou du médico-social ?

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

## Vos ressources humaines

### ➤ Effectif total de votre structure

- En nombre de salariés (en incluant la direction) : .....
- En nombre d'ETP (en incluant la direction) : .....

### ➤ Description des effectifs

	Nombre de personnes	Nombre d'ETP	Salariés à temps complet	Salariés en CDI	Salariés en CDD	Ancienneté moyenne
Intervenants	...personnes	.....ETP	.....%	.....%	.....%	..... ans
Encadrants	...personnes	.....ETP	.....%	.....%	.....%	..... ans
Direction	...personnes	.....ETP	.....%	.....%	.....%	..... ans

### ➤ Compétences et diplômes

	DEAES	Diplôme auxiliaire de vie	Certification professionnelle	Expérience de plus de 3 ans	Faisant fonction	Autre (préciser)
Personnel d'intervention	%	%	%	%	%	%

	Diplôme responsable de secteur	Autre (préciser)
Encadrant	%	%

	CAFDES	CAFERUIS	Diplôme de niveau Bac + 5 de la filière médico-sociale	Autre (préciser)
Direction	%	%	%	%

### ➤ Formations

Thèmes	Nombre de sessions par an	Total de salariés formés	Origine du formateur (interne/externe)	Nom du formateur/ de la société de formation)
Bientraitance		%		

Dépendance		%		
Polyhandicap		%		
Handicap vieillissant		%		
Troubles du spectre de l'autisme		%		
Accompagnement fin de vie		%		
Troubles neurodégénératifs		%		
Gestes et postures		%		
Démarche d'amélioration qualité		%		
Télégestion		%		
Sécurité routière		%		
Autre (préciser)		%		

➤ Accompagnement des professionnels

Thèmes	Nombre de sessions par an	Total de salariés formés	Origine du formateur (interne/externe)	Nom du formateur/ de la société de formation)
Analyse des pratiques/supervision		%		
Sensibilisation aux RBPP				
Réunions d'équipe		%		
Prévention des risques psychosociaux		%		
Autre (préciser)		%		

- Avez-vous déjà accompagné un ou plusieurs salariés dans le cadre d'une Validation des Acquis de l'Expérience (VAE) ?

oui  non

Si oui quelle(s) formation(s) ?.....

- Avez-vous déjà accompagné un ou plusieurs salariés dans le cadre d'une formation qualifiante ?

oui  non

Si oui quelle(s) formation(s) ?.....

- Existe-t-il un ou des référents sur les thématiques citées ci-dessus (bientraitance, amélioration de la qualité, etc.) ?

oui  c'est un projet  non

## Vos interventions

➤ Horaires

Quels sont vos plages horaires d'intervention :

- Jours de la semaine : du.....au.....
- Heures de la journée : de ....h.... à ....h....

Quelles est la durée minimale d'intervention consécutive : .....

Quelle est l'amplitude horaire d'intervention moyenne : .....

Quelle est l'amplitude horaire d'intervention maximale : .....

	Nombre d'heures réalisées		
	2024	2025	Prévisionnel 2026
Le dimanche			
Les jours fériés			
Entre 19 et 21h			

Vous est-t-il déjà arrivé de refuser des plans d'aide pour des raisons d'horaires ?

oui  non

Si oui, quel pourcentage de vos bénéficiaires cela représente-t-il :

- en 2024 ? .....%
- en 2025 ? .....%

➤ Déplacements

	Nombre d'heures réalisées		
	2024	2025	Prévisionnel 2026
Dans une commune du forfait transport (cf. 96 communes de l'annexe 1)			

Quels sont les modes de déplacement utilisés par vos intervenants ?

.....

Parmi ces modes de déplacement, certains sont-ils mis à disposition par votre service ?

oui  non

Si oui lesquels ?

.....

Le cas échéant, combien de véhicules professionnels sont actuellement utilisés dans le cadre des interventions du SAD ? .....

Avez-vous déjà financé tout ou partie du permis de conduire pour vos salariés ?

Si oui, pour combien de vos salariés :

- En 2024 ? .....
- En 2025 ? .....

Disposez-vous de moyens de transport électriques ?

Si oui lesquels ? .....

Combien de kms sont parcourus chaque année dans le cadre de vos interventions ?

.....

- Quelles sont vos communes actuelles d'intervention ?

.....  
.....  
.....  
.....

- Prévoyez-vous d'élargir prochainement votre territoire d'intervention ?

oui  non

- Si oui, par quels dispositifs ?

.....  
.....

- Comment organisez-vous de façon optimale les interventions de vos salariés (décrire l'organisation de l'affectation des intervenantes aux bénéficiaires.) ?

.....  
.....

- Bénéficiez-vous actuellement du forfait transport ?

oui  non

Vous est-t-il déjà arrivé de refuser des plans d'aide pour des raisons de localisation géographique ?

oui  non

Si oui, quel pourcentage de vos bénéficiaires cela représente-t-il :

- en 2024 ? %
- en 2025 ? %

### **Dispositifs de suivi et de transmission**

#### ➤ Télégestion :

- Description du système de télégestion appliqué dans la structure(nom du logiciel, équipement mobile ou non, date de mise en place, % de bénéficiaires couverts...) :

## ➤ Suivi des actions

- Etes-vous déployé en télétransmission ?

oui  non

- Dans le cas contraire, sous quel délai comptez-vous être déployé ?

.....

- De quels outils prévoyez-vous de vous doter pour suivre la mise en place des actions relatives à la dotation complémentaire ?

## **Description libre du service et présentation de ses spécificités :**

## **1° Accompagner des personnes dont le profil de prise en charge présente des spécificités**

## Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 1

### **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**

Vous pouvez préciser ici le contexte de vos propositions et les problématiques auxquelles vous souhaitez répondre.

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif Départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

## Calendrier de réalisation :

Indiquer ici le calendrier de déploiement des actions prévues en vue d'atteindre l'objectif. Détailler au maximum vos estimations.

## Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation et le coût horaire afférent.

## 2° Intervenir sur une amplitude horaire incluant les soirs, les week-ends et les jours fériés

### Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 2

### **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**

Vous pouvez préciser ici le contexte de vos propositions et les problématiques auxquelles vous souhaitez répondre.

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif Départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

## Calendrier de réalisation :

Indiquer ici le calendrier de déploiement des actions prévues en vue d'atteindre l'objectif. Détailler au maximum vos estimations.

### **Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :**

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.

### **3° Contribuer à la couverture des besoins de l'ensemble du territoire**

### Lien hypertexte vers la fiche objectif n° 3

### **Déclinez votre compréhension des enjeux relatifs à cet objectif :**

Vous pouvez préciser ici le contexte de vos propositions et les problématiques auxquelles vous souhaitez répondre.

**Description des actions proposées par le service, ayant vocation à être financées par la dotation complémentaire :** Les actions prioritaires du Département déclinées en partie III-B peuvent être reprises totalement ou en partie. D'autres actions peuvent également être proposées. Il peut s'agir d'actions déjà réalisées par le service mais non solvabilisées par le tarif Départemental ou de nouvelles actions que vous souhaiteriez mener si celles-ci étaient financées par la dotation complémentaire.

## Calendrier de réalisation :

Indiquer ici le calendrier de déploiement des actions prévues en vue d'atteindre l'objectif. Détailler au maximum vos estimations.

## Estimation du coût de réalisation de chacune de ces actions sur une année pleine :

Détailler au maximum les estimations. Pour les actions ayant vocation à faire l'objet d'un financement à l'heure, indiquer le volume prévisionnel d'heures concernées par la valorisation.