ANNEXE 1

DOSSIER DE MANIFESTATION D’INTERÊT

***Dossier de manifestation d’intérêt à compléter* et à renvoyer avant le 15 novembre 2020**

* **à l’adresse mail suivante :** [**dgs-sp5@sante.gouv.fr**](mailto:dgs-sp5@sante.gouv.fr)
* **à l’ARS concernée (liste des adresses en annexe 2)**

**Mentionner en objet du message : « AMI – ICOPE »**

DOSSIER DE CANDIDATURE

|  |
| --- |
| **Nature de la structure porteuse** |
| * Raison sociale : * Statut juridique : * Adresse : * Région :   Le cas échéant :   * Dénomination de la structure : * Numéro FINESS juridique et géographique : |

|  |
| --- |
| **Coordonnateur de l’équipe projet** |
| * Nom et Prénom : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Signature : |
|  |
| **Personne(s) désignée(s) pour participer aux travaux** |
| * Nom et Prénom : * Profession : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Nom et Prénom : * Profession : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : * Nom et Prénom : * Profession : * Numéro de téléphone : * Adresse mail |

|  |
| --- |
| **Coordonnées des partenaires** |
| Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail :   Structure :   * Nom et Prénom de l’interlocuteur référent : * Numéro de téléphone : * Adresse mail : |

|  |
| --- |
| **Eléments de contexte territorial utiles au projet et zone d’intervention envisagée** |
|  |

|  |
| --- |
| **Description du positionnement de la structure, ses activités et ses projets dans la prévention et la prise en charge des séniors** *(points forts et points faibles identifiés, freins/leviers et points d’amélioration possibles)* |
|  |

|  |
| --- |
| **Description de l’environnement partenarial utile au projet** |
|  |

|  |
| --- |
| **Proposition de modèle d’expérimentation envisagé en cohérence avec l’AMI** |
|  |

|  |
| --- |
| **Proposition concernant le financement** |
|  |

|  |
| --- |
| **Propositions ou pistes de réflexion concernant les indicateurs (processus et résultats) pour la mesure de la qualité et le suivi de l’expérimentation** |
|  |

|  |
| --- |
| **Attentes de l’équipe projet envers cette expérimentation justifiant le souhait de participer** |
|  |

|  |
| --- |
| **Commentaires libres** |
|  |