

⇒ Si oui, combien ? _____

- Votre établissement porte-t-il un CRT ou est-il conventionné avec un CRT ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Votre établissement est-il inclus dans un dispositif d'IDE de nuit mutualisé entre EHPAD ou avez-vous accès à la compétence IDE la nuit ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Votre établissement porte-t-il une PFR ou est-il conventionné avec une PFR ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Votre établissement dispose-t-il ou est-il conventionné avec un SSIAD et/ou SAAD ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Votre établissement fait-il partie d'un réseau ou groupement sur son territoire ? (ex : GCSMS)

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

3. Modalités de financement

Concernant la/les places d'hébergement temporaire/accueil de jour mobilisées pour l'accueil de nuit :

❖ Tarif forfait hébergement temporaire 2025 : _____

❖ Tarif forfait dépendance 2025 :

Tarif GIR 1 et 2 : _____

Tarif GIR 3 et 4 : _____

Tarif GIR 5 et 6 : _____

❖ Tarif envisagé pour une place accueil de nuit par l'établissement :

Préciser le tarif hébergement 2025 :

Préciser le tarif dépendance 2025 :

Tarif GIR 1 et 2 : _____

Tarif GIR 3 et 4 : _____

Tarif GIR 5 et 6 : _____

4. Modalités de mise en œuvre

• Avez-vous déjà pu recenser le besoin d'un accueil de nuit ?

Oui Non

⇒ Si oui, à quelle hauteur et pour quel public (âge, situations, par le biais de partenaires...) ?

• Expliquez en quelques lignes vos motivations pour intégrer cette expérimentation :

• Avez-vous identifié un personnel référent sur le dispositif ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser le profil de la personne et les tâches qui lui sont attribuées : _____

- Avez-vous identifié les effectifs dédiés au fonctionnement de ce dispositif ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser lesquels : _____

- Expliquez en quelques lignes les modalités d'admission et de sortie du dispositif accueil de nuit :

- Expliquez en quelques lignes les modalités d'accueil de la personne accueillie (dont les plages horaires d'accueil et l'organisation prévue le week-end et les jours fériés) :

- Expliquez en quelques lignes les modalités d'accompagnement des personnes accueillies :

- Expliquez en quelques lignes les modalités d'utilisation d'outils de recueil des données individuelles de santé, sur le niveau de dépendance et sur les besoins spécifiques d'accompagnement des personnes accueillies :

- Expliquez en quelques lignes les modalités d'organisation des soins (distribution des médicaments), des repas et des activités :

- Avez-vous prévu un système garantissant la visibilité et l'information sur la disponibilité des places d'accueil de nuit ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Avez-vous prévu un plan de communication sur le fonctionnement du dispositif auprès des différents acteurs ?

Oui Non

⇒ Si oui, préciser :

- Avez-vous intégré une annexe à votre projet d'établissement qui décrit les modalités de fonctionnement du dispositif d'accueil de nuit ?

Oui Non

5. Engagements

Je soussigné(e) _____ atteste avoir pris connaissance du présent cahier des charges de l'AAC et m'engage à respecter les modalités de mise en œuvre qui y sont décrites et à transmettre les données de suivi d'activité à l'ARS et au Conseil départemental.

Signature et cachet de l'établissement :