****

**Plan de soutien à l’investissement (PSI) des ESMS dans le champ de l’autonomie**

**2022-2026**

**Mis en place par la Collectivité de Corse pour la modernisation des établissements et services médico-sociaux (ESMS) dans le champ de l’autonomie \***

**DOSSIER DE CANDIDATURE**

*\*Fiche action N°3.4 du schéma de l’autonomie 2022-2026 de la CDC : « déployer un plan massif de soutien à l’investissement dans les ESMS »*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CULLETTIVITÀ DI CORSICA / COLLECTIVITÉ DE CORSE** | | |  | |  |  | | |  |  | | --- | --- | | **RESERVE A L'ADMINISTRATION** |  | | **DOSSIER N°** |  | | **DATE D’ARRIVEE** |  | | **TERRITOIRE** |  | |
| Direzzione Generale Aghjunta di l’Affari Suciali e Sanitarii/  Direction Générale Adjointe en charge des Affaires Sociales et Sanitaires | | | | | | |
| Direzzione di l’Autunumia/ Direction de l’Autonomie |  |  | |  | | |
| Serviziu di a pilutera di l’offerta medicusuciale/  Service du pilotage de l’offre médico- |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |

**Annexe 2 : formulaire de demande de soutien à l’investissement des ESMS au titre du volet 1 : l’immobilier**

## 

**THEMATIQUE ENVISAGEE**

r Réhabilitation architecturales et bâtimentaires des établissements

r Créations architecturales et bâtimentaires

r Extensions bâtimentaire autorisées

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

Type d’ESSM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’ESSMS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N°SIRET :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° FINESS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentée par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

Personne en charge du dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nb. de places autorisées\_\_\_\_\_ Nb. de places habilitées à l’aide sociale\_\_\_\_\_\_\_\_ Pourcentage HAS\_\_\_\_%

**DESCRIPTION DU PROJET ENVISAGE**

**PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSES ET/OU DEVIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POSTES DE DEPENSES | | | MONTANT HT | MONTANT TTC |
|  |  |
| Acquisition : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Etudes : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Travaux :  -...........................................................................  -......................................................................... | |  |  |  |
| -...........................................................................  -Equipements de base ....................................................  -.........................................................................  -......................................................................... | | |  |  |
| Divers :  -...............................................  Révisions de Prix/ aléas :  -............................................... |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

**NOM ET COORDONNEES DU BUREAU D’ETUDE RETENU**

**ECHEANCIER PREVISIONNEL DE REALISATION**

Date de début Etudes :

Date de début travaux / Equipement :

Date de fin :

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL**

**Régime de TVA :** r **assujetti** r **non-assujetti**

**Si assujetti, récupérez-vous la TVA sur votre projet ?** r **Oui** r **Non**

**Si non, fournir une attestation sur l’honneur de non-récupération de la TVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | | SOLLICITE | | ACQUIS | |
| Montant HT | % | Montant | % |
| Subventions/ Organismes sollicités : | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Emprunts /Organismes sollicités : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autres Ressources (à préciser) : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autofinancement : | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  | **100** |  | **100** |

**PIECES A FOURNIR**

**En sus du présent formulaire dûment signé, votre dossier de demande de demande de subvention devra obligatoirement comporter au moment de son dépôt auprès de de la CDC, les pièces mentionnées ci-après :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Fourni oui/non** | **Observations** |
| **Le dossier technique** | | |
| l’avant-projet détaillé : mémoire explicatif |  |  |
| Plans |  |  |
| Estimation des travaux |  |  |
| **Le dossier financier** | | |
| Plan Pluriannuel d’investissement |  |  |
| Les 3 derniers bilans de l’ESSMS ou de l’organisme gestionnaire |  |  |
| La présentation par le maître d’ouvrage du plan de financement de l’opération |  |  |
| L’accord de principe des organismes bancaires sur leurs engagements à financer l’opération même dans l’hypothèse où elle ne serait pas subventionnée |  |  |
| La simulation par l’organisme gestionnaire de l’impact du projet en fonctionnement sur les tarifs d’hébergement et les dépenses d’aides sociales de la CDC |  |  |
| Un plan d’amortissement adapté à la structure et aux besoins de l’établissement |  |  |
| **Le dossier administratif** | | |
| Copie de L’arrêté d’autorisation et de l’arrêté d’habilitation à l’aide sociale en cours de validité |  |  |
| La délibération du Conseil d’administration de l’établissement (ou la délibération de la collectivité, le procès-verbal pour les sociétés de construction de logements à loyer modéré) approuvant le projet, son coût et son plan de financement |  |  |
| Le projet de convention de location entre le maitre d’ouvrage et le gestionnaire de l’établissement, le cas échéant |  |  |
| Liste des demandes de subventions envisagées pour le co-financement, des montants sollicités, preuves de dépôts des demandes |  |  |

**Cette demande est à adresser avant tout commencement d'exécution (ordre de service) par courrier LRAR à :**

**Monsieur le Président de l’Exécutif de la Collectivité de Corse**

**Direction de l’Autonomie-Plan de soutien à l’Investissement**

**Hôtel de la Collectivité de Corse - 22 cours Grandval**

**BP 215 – 20187 AIACCIU Cedex 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVE A L'ADMINISTRATION** | | | |
| **MONTANT SOLLICITE** | € | | |
| **AVIS SOLLICITE en date du**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | Service | Visa du service sollicité | Avis rendu en date du  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DOSSIER DECLARE COMPLET** | Nom | Visa | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CULLETTIVITÀ DI CORSICA / COLLECTIVITÉ DE CORSE** | | |  | |  |  | | |  |  | | --- | --- | | **RESERVE A L'ADMINISTRATION** |  | | **DOSSIER N°** |  | | **DATE D’ARRIVEE** |  | | **TERRITOIRE** |  | |
| Direzzione Generale Aghjunta di l’Affari Suciali e Sanitarii/  Direction Générale Adjointe en charge des Affaires Sociales et Sanitaires | | | | | | |
| Direzzione di l’Autunumia/ Direction de l’Autonomie |  |  | |  | | |
| Serviziu di a pilutera di l’offerta medicusuciale/  Service du pilotage de l’offre médico- |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |

## **Annexe 3 : formulaire de demande d’études préalables à un projet immobilier**

**THEMATIQUE ENVISAGEE**

r Etudes préalables à :

r Réhabilitation architecturales et bâtimentaires des établissements

r Créations architecturales et bâtimentaires

r Extensions bâtimentaire autorisées

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

Type d’ESSM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’ESSMS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N°SIRET :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° FINESS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentée par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

Personne en charge du dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nb. de places autorisées\_\_\_\_\_ Nb. de places habilitées à l’aide sociale\_\_\_\_\_\_\_\_ Pourcentage HAS\_\_\_\_%

**DESCRIPTION DU PROJET ENVISAGE**

**LISTE DES DEVIS SELECTIONNES (merci d’indiquer le montant des devis)**

**1-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**2- \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**3-\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**NOM ET COORDONNEES DU BUREAU D’ETUDE RETENU**

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | | SOLLICITE | | ACQUIS | |
| Montant HT | % | Montant | % |
| Subventions/ Organismes sollicités : | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Emprunts /Organismes sollicités : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autres Ressources (à préciser) : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autofinancement : | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  | **100** |  | **100** |

**PIECES A FOURNIR**

**En sus du présent formulaire dûment signé, votre dossier de demande de demande de subvention devra obligatoirement comporter au moment de son dépôt auprès de de la CDC, les pièces mentionnées ci-après :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Fourni oui/non** | **Observations** |
| **Le dossier technique** | | |
| l’avant-projet détaillé : mémoire explicatif |  |  |
| Plans |  |  |
| Estimation des travaux |  |  |
| **Le dossier financier** | | |
| Plan Pluriannuel d’investissement |  |  |
| Les 3 derniers bilans de l’ESSMS ou de l’organisme gestionnaire |  |  |
| La présentation par le maître d’ouvrage du plan de financement de l’opération |  |  |
| L’accord de principe des organismes bancaires sur leurs engagements à financer l’opération même dans l’hypothèse où elle ne serait pas subventionnée |  |  |
| La simulation par l’organisme gestionnaire de l’impact du projet en fonctionnement sur les tarifs d’hébergement et les dépenses d’aides sociales de la CDC |  |  |
| Un plan d’amortissement adapté à la structure et aux besoins de l’établissement |  |  |
| **Le dossier administratif** | | |
| Copie de L’arrêté d’autorisation et de l’arrêté d’habilitation à l’aide sociale en cours de validité |  |  |
| La délibération du Conseil d’administration de l’établissement (ou la délibération de la collectivité, le procès-verbal pour les sociétés de construction de logements à loyer modéré) approuvant le projet, son coût et son plan de financement |  |  |
| Le projet de convention de location entre le maitre d’ouvrage et le gestionnaire de l’établissement, le cas échéant |  |  |
| Liste des demandes de subventions envisagées pour le co-financement, des montants sollicités, preuves de dépôts des demandes |  |  |

**Cette demande est à adresser avant tout commencement d'exécution (ordre de service) par courrier LRAR à :**

**Monsieur le Président de l’Exécutif de la Collectivité de Corse**

**Direction de l’Autonomie-Plan de soutien à l’Investissement**

**Hôtel de la Collectivité de Corse - 22 cours Grandval**

**BP 215 – 20187 AIACCIU Cedex 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVE A L'ADMINISTRATION** | | | |
| **MONTANT SOLLICITE** | € | | |
| **AVIS SOLLICITE en date du**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | Service | Visa du service sollicité | Avis rendu en date du  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DOSSIER DECLARE COMPLET** | Nom | Visa | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CULLETTIVITÀ DI CORSICA / COLLECTIVITÉ DE CORSE** | | |  | |  |  | | |  |  | | --- | --- | | **RESERVE A L'ADMINISTRATION** |  | | **DOSSIER N°** |  | | **DATE D’ARRIVEE** |  | | **TERRITOIRE** |  | |
| Direzzione Generale Aghjunta di l’Affari Suciali e Sanitarii/  Direction Générale Adjointe en charge des Affaires Sociales et Sanitaires | | | | | | |
| Direzzione di l’Autunumia/ Direction de l’Autonomie |  |  | |  | | |
| Serviziu di a pilutera di l’offerta medicusuciale/  Service du pilotage de l’offre médico- |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |

## **Annexe 4 : formulaire de demande de soutien à l’investissement des ESMS au titre du volet 2 : le numérique**

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

Type d’ESSM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’ESSMS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N°SIRET :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° FINESS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentée par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

Personne en charge du dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nb. de places autorisées\_\_\_\_\_ Nb. de places habilitées à l’aide sociale\_\_\_\_\_\_\_\_ Pourcentage HAS\_\_\_\_%

**DESCRIPTION DU PROJET ENVISAGE**

**PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSES ET/OU DEVIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POSTES DE DEPENSES | | | MONTANT HT | MONTANT TTC |
|  |  |
| Acquisition : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Etudes : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Travaux :  -...........................................................................  -......................................................................... | |  |  |  |
| -...........................................................................  -.........................................................................  -.........................................................................  -......................................................................... | | |  |  |
| Divers :  -...............................................  Révisions de Prix/ aléas :  -............................................... |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

**NOM ET COORDONNEES DU BUREAU D’ETUDE RETENU**

**ECHEANCIER PREVISIONNEL DE REALISATION**

Date de début Etudes :

Date de début travaux / Equipement :

Date de fin :

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL**

**Régime de TVA :** r **assujetti** r **non-assujetti**

**Si assujetti, récupérez-vous la TVA sur votre projet ?** r **Oui** r **Non**

**Si non, fournir une attestation sur l’honneur de non-récupération de la TVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | | SOLLICITE | | ACQUIS | |
| Montant HT | % | Montant | % |
| Subventions/ Organismes sollicités : | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Emprunts /Organismes sollicités : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autres Ressources (à préciser) : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autofinancement : | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  | **100** |  | **100** |

**PIECES A FOURNIR**

**En sus du présent formulaire dûment signé, votre dossier de demande de demande de subvention devra obligatoirement comporter au moment de son dépôt auprès de de la CDC, les pièces mentionnées ci-après :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Fourni oui/non** | **Observations** |
| **Le dossier technique** | | |
| Mémoire justifiant le besoin et décrivant le projet |  |  |
| Devis en cours de validité |  |  |
| **Le dossier financier** | | |
| Les 3 derniers bilans de l’ESSMS ou de l’organisme gestionnaire |  |  |
| L’accord de principe des organismes bancaires sur leurs engagements à financer l’opération même dans l’hypothèse où elle ne serait pas subventionnée |  |  |
| La simulation par l’organisme gestionnaire de l’impact du projet en fonctionnement sur les tarifs d’hébergement et les dépenses d’aides sociales de la CDC |  |  |
| Un plan d’amortissement adapté à la structure et aux besoins de l’établissement |  |  |
| **Le dossier administratif** | | |
| Copie de L’arrêté d’autorisation et de l’arrêté d’habilitation à l’aide sociale en cours de validité |  |  |
| La délibération du Conseil d’administration de l’établissement (ou la délibération de la collectivité, le procès-verbal pour les sociétés de construction de logements à loyer modéré) approuvant le projet, son coût et son plan de financement |  |  |
| Liste des demandes de subventions envisagées pour le co-financement, des montants sollicités, preuves de dépôts des demandes |  |  |

**Cette demande est à adresser avant tout commencement d'exécution (ordre de service) par courrier LRAR à :**

**Monsieur le Président de l’Exécutif de la Collectivité de Corse**

**Direction de l’Autonomie-Plan de soutien à l’Investissement**

**Hôtel de la Collectivité de Corse - 22 cours Grandval**

**BP 215 – 20187 AIACCIU Cedex 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVE A L'ADMINISTRATION** | | | |
| **MONTANT SOLLICITE** | € | | |
| **AVIS SOLLICITE en date du**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | Service | Visa du service sollicité | Avis rendu en date du  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DOSSIER DECLARE COMPLET** | Nom | Visa | Date |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **CULLETTIVITÀ DI CORSICA / COLLECTIVITÉ DE CORSE** | | |  | |  |  | | |  |  | | --- | --- | | **RESERVE A L'ADMINISTRATION** |  | | **DOSSIER N°** |  | | **DATE D’ARRIVEE** |  | | **TERRITOIRE** |  | |
| Direzzione Generale Aghjunta di l’Affari Suciali e Sanitarii/  Direction Générale Adjointe en charge des Affaires Sociales et Sanitaires | | | | | | |
| Direzzione di l’Autunumia/ Direction de l’Autonomie |  |  | |  | | |
| Serviziu di a pilutera di l’offerta medicusuciale/  Service du pilotage de l’offre médico- |  |  | |  | | |
|  |  |  | |  | | |

## **Annexe 5 : formulaire de demande de soutien à l’investissement des ESMS au titre du volet 3 : l’équipement**

**IDENTIFICATION DU PORTEUR DE PROJET**

Type d’ESSM :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Nom de l’ESSMS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N°SIRET :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ N° FINESS :\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\* \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CP\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Ville \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Représentée par : \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

Personne en charge du dossier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Nom/Fonction)

(\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ @\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Nb. de places autorisées\_\_\_\_\_ Nb. de places habilitées à l’aide sociale\_\_\_\_\_\_\_\_ Pourcentage HAS\_\_\_\_%

**DESCRIPTION DU PROJET ENVISAGE**

**PRINCIPAUX POSTES DE DEPENSES ET/OU DEVIS**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| POSTES DE DEPENSES | | | MONTANT HT | MONTANT TTC |
|  |  |
| Acquisition : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Etudes : | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| -........................................................................... | | |  |  |
| Travaux :  -...........................................................................  -......................................................................... | |  |  |  |
| -...........................................................................  -.........................................................................  -.........................................................................  -......................................................................... | | |  |  |
| Divers :  -...............................................  Révisions de Prix/ aléas :  -............................................... |  |  |  |  |
| **Total** |  |  |  |  |

**NOM ET COORDONNEES DU BUREAU D’ETUDE RETENU**

**ECHEANCIER PREVISIONNEL DE REALISATION**

Date de début Etudes :

Date de début travaux / Equipement :

Date de fin :

**PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL**

**Régime de TVA :** r **assujetti** r **non-assujetti**

**Si assujetti, récupérez-vous la TVA sur votre projet ?** r **Oui** r **Non**

**Si non, fournir une attestation sur l’honneur de non-récupération de la TVA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| FINANCEMENT | | | | SOLLICITE | | ACQUIS | |
| Montant HT | % | Montant | % |
| Subventions/ Organismes sollicités : | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Emprunts /Organismes sollicités : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autres Ressources (à préciser) : | | |  |  |  |  |  |
| -........................................................................... | | | |  |  |  |  |
| Autofinancement : | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |
| **TOTAL** | | | |  | **100** |  | **100** |

**PIECES A FOURNIR**

**En sus du présent formulaire dûment signé, votre dossier de demande de demande de subvention devra obligatoirement comporter au moment de son dépôt auprès de de la CDC, les pièces mentionnées ci-après :**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Intitulé** | **Fourni oui/non** | **Observations** |
| **Le dossier technique** | | |
| Mémoire justifiant le besoin et décrivant le projet |  |  |
| Devis en cours de validité |  |  |
| **Le dossier financier** | | |
| Les 3 derniers bilans de l’ESSMS ou de l’organisme gestionnaire |  |  |
| L’accord de principe des organismes bancaires sur leurs engagements à financer l’opération même dans l’hypothèse où elle ne serait pas subventionnée |  |  |
| La simulation par l’organisme gestionnaire de l’impact du projet en fonctionnement sur les tarifs d’hébergement et les dépenses d’aides sociales de la CDC |  |  |
| Un plan d’amortissement adapté à la structure et aux besoins de l’établissement |  |  |
| **Le dossier administratif** | | |
| Copie de L’arrêté d’autorisation et de l’arrêté d’habilitation à l’aide sociale en cours de validité |  |  |
| La délibération du Conseil d’administration de l’établissement (ou la délibération de la collectivité, le procès-verbal pour les sociétés de construction de logements à loyer modéré) approuvant le projet, son coût et son plan de financement |  |  |
| Liste des demandes de subventions envisagées pour le co-financement, des montants sollicités, preuves de dépôts des demandes |  |  |

**Cette demande est à adresser avant tout commencement d'exécution (ordre de service) par courrier LRAR à :**

**Monsieur le Président de l’Exécutif de la Collectivité de Corse**

**Direction de l’Autonomie-Plan de soutien à l’Investissement**

**Hôtel de la Collectivité de Corse - 22 cours Grandval**

**BP 215 – 20187 AIACCIU Cedex 1**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **RESERVE A L'ADMINISTRATION** | | | |
| **MONTANT SOLLICITE** | € | | |
| **AVIS SOLLICITE en date du**  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** | Service | Visa du service sollicité | Avis rendu en date du  **\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_** |
| **DOSSIER DECLARE COMPLET** | Nom | Visa | Date |

## **Annexe 6 : attestation sur l’honneur du porteur de projet**

Le demandeur certifie l’exactitude des renseignements portés dans ce dossier et s’engage à fournir au service instructeur tous les renseignements ou documents jugés utiles pour instruire la demande et suivre la réalisation du projet.

Le demandeur certifie être en situation régulière à l’égard de la règlementation en vigueur, notamment fiscale, sociale et environnementale.

S’il s’agit d’une opération d’investissement, le demandeur certifie que le projet pour lequel la subvention est demandée n’a reçu aucun commencement d’exécution et s’engage à ne pas commencer l’exécution du projet avant que son dossier soit déclaré complet ou réputé complet.

Cachet du demandeur Fait à Le

Nom et qualité du signataire :

Signature :