

Maison de Santé Pluriprofessionnelle

DE

Dossier type de demande de financement FIR

*Document à compléter par le promoteur*

**Préambule :**

Chaque **maison de santé pluri professionnelle** qui fait une demande de financement FIR doit avoir un projet de santé déclaré recevable par l'ARS après validation par l'espace de concertation de la PAPS.

Le financement peut aller jusqu'à **50 000 € par MSP pour une aide au démarrage.** C'est un montant maximum allouable en fonction de l'objet des demandes et des crédits disponibles, avec des critères de priorité.

Le degré de maturité, la qualité du projet de santé à travers les axes d'accès aux soins, de travail en équipe/coordination, la présence ou non dans une zone prioritaire du SROS sont des éléments qui permettront de **prioriser les dossiers de financement le cas échéant**.

Dans cette enveloppe, **3 postes de dépenses** sont désormais éligibles :

1. L'équipement d'un **SI** partagé labellisé ASIP
2. La mise en route de la **coordination**
3. Le petit équipement et **mobilier des parties communes** de la MSP (secrétariat, salle de réunion) qui sert directement à la coordination de la structure + l'é**quipement du matériel d'urgence** (dans l'optique d'une réponse aux soins non programmés- petites urgences)

**Le versement de cette aide peut se faire en 2 fois maximum et sur 2 années consécutives.**

**Cette aide est ponctuelle et non reconductible.**

1. **Identité du demandeur**

**Dénomination : MSP/PSP de**

|  |  |
| --- | --- |
| **Localisation du site (zone fragile, de vigilance) :** |  |
| **Statut juridique (association, SISA, SCM…)** |  |
| **N°SIRET et SIREN** | N° SIRET : N° SIREN :  |
| **Coordonnées du promoteur :** | Nom Tel: Mail:  |
| **Personnes contact pour la demande de financement :** |  |
| **Date dépôt du dossier à l’ARS :** |  |
| **Equipe pluriprofessionnelle** | Nombre total de professionnels de santé composant la MSP :  |
| **Année d’ouverture prévue :** | FINESS : Ouverture  |

+ joindre **un RIB** daté et signé ainsi qu’un courrier du représentant légal de la structure juridique certifiant que le compte bancaire est bien celui de la MSP.

1. **Objet du financement sollicité**

.

1. **Calendrier de mise en œuvre**
2. **Eléments financiers FIR**

Compléter le tableau, en précisant le cas échéant les modalités de calcul des coûts, et joindre les devis.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nature de la dépense** | **Coût** | **Source de financement envisagée** |
|  |  | FIR |
|  |  | FIR |
|  |  | FIR |
|  |  |  |
| **TOTAL** |  |  |

Indiquer le montant de la somme sollicitée sur le FIR.

1. **Récapitulatif des autres sources de financement sollicité**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Sources de financement** | **Montant** | **Pourcentage** |
| Préfecture (FNADT, DETR…) |  |  |
| Conseil Régional |  |  |
| Conseil Général |  |  |
| Commune |  |  |
| **ARS (FIR)** |  |  |
| Nouveau mode de rémunération (arrêté du 23/02/2015) |  |  |
| Participation des organismes complémentaires, d'assurance et de prévoyance |  |  |
| Participation privée (industrie…) |  |  |
| **Participation privée des PS de la MSP/PSP** |  |  |
| Autres (Union européenne, Fondations…) |  |  |

1. **Suivi et évaluation**

Le promoteur signe une convention de financement avec l'ARS définissant le cadre du financement et les engagements des deux parties.

Le promoteur s’engage à ouvrir et faire fonctionner la maison de santé pluri professionnelle - conformément à son projet de santé approuvé par l’ARS, dans **un délai de 2 ans suivant la notification de la décision de financement.**

Le promoteur, bénéficiaire de la subvention, s’engage à transmettre les factures des dépenses engagées dans le cadre de l’action financée, aux Délégations départementales qui s'assurent de la bonne utilisation des fonds accordés.

Factures en annexe.