# 

# 

**CENTRE DE VACCINATION DEDIE COVID-19**

**Forfait relatif aux besoins de financement de surcoûts liés à l’organisation du centre de vaccination**

**Dossier de demande   
de subvention**

**2021**

**Dossier de demande de subvention**

**Centre de vaccination Covid 19**

Ce dossier doit être utilisé par tout porteur de projet sollicitant une subvention auprès de l’Agence Régionale de Santé pour la mise en place d’un centre de vaccination dédié Covid19.

Il concerne le financement de dépenses liées à la coordination, au matériel, à l’hygiène et aux déchets.

Il peut concerner, le cas échéant, des frais afférents à la rémunération des professionnels de santé, dès lors que le porteur du centre de vaccination n’a pas signé d’accord conventionnel interprofessionnel avec l’assurance-maladie (régime d’exception).

**Cocher la case correspondant à votre situation :**

**Première demande : Oui**  **Non**

**Il comporte 4 parties**

**2**

**Présentation du demandeur**

**1**

**Etat récapitulatif du financement demandé**

**2**

**Pièces à joindre**

**3**

**Attestation sur l’honneur**

**4**

***Ce dossier est à envoyer à l’Agence Régionale de Santé Occitanie,***

* ***à votre Délégation Départementale :*** [***ars-oc-gestion-alerte@ars.sante.fr***](mailto:ars-oc-gestion-alerte@ars.sante.fr)
* ***e*t copie  à** [**ars-oc-covid-ville-tests@ars.sante.fr**](mailto:ars-oc-covid-ville-tests@ars.sante.fr)

**Présentation du demandeur**

**1**

##### Identification

Nom de la structure :

Numéro Siret : I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I\_\_I (*obligatoire*)

Nature juridique de la structure :

SISA : 🞏

Association : 🞏

Autre : 🞏 Préciser :

*Si vous ne disposez pas de ces numéros, il convient de les demander à la direction régionale de l’INSEE. Cette démarche est gratuite (annuaire des directions régionales sur http://www.insee.fr)*

Adresse du siège social :

Code postal : Commune :

Téléphone (*numéro fixe*) : Télécopie :

Courriel (*adresse mail générique*) :

Site internet :

Adresse de correspondance, si différente du siège :

Code postal : Commune :

##### Représentant légal  (président, gérant, ou autre personne désignée par les statuts)

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : Courriel :

##### Personne chargée du présent dossier de subvention (si différente du représentant légal)

Nom : Prénom :

Fonction :

Téléphone : ………………………………… Courriel :…………………………………………….

………………………………………………………………………………………………………………………………….

xte

**Objet et montant du financement**

**2**

**Conditions de mobilisation du FIR des ARS**

Le FIR des ARS pourra être mobilisé, sur décision du directeur général de chaque ARS, pour couvrir les besoins de financement liés aux centres de vaccination, selon les lignes directrices ci-dessous :

* Principe de non-compensation des coûts des établissements de santé mobilisant des ressources en appui des centres de vaccination, que ceux-ci soient gérés au niveau des établissements ou de structures tierces. Le financement des coûts engagés par les établissements de santé sera piloté selon un dispositif ad-hoc ;
* Principe de non-compensation des rémunérations des professionnels de santé référencés à l’assurance maladie. Ces rémunérations seront directement prises en charge par l’assurance maladie
* Principe de non-compensation des ressources mobilisées de manière bénévole par les partenaires (publics ou privés) pour l’organisation des centres de vaccination.

Périmètre : financement via contractualisation avec les structures portant les centres de vaccinations des surcoûts relatifs aux postes décrits dans la liste indicative ci-dessous, si ceux-ci ne sont pas pris en charge par des apports de ressources de la part de partenaires ou par des établissements de santé:

* Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, ou informatique ;
* Prestations d’hygiène et de traitement des déchets ;
* Fonctions d’accueil et/ou de secrétariat ;
* Fonction d’organisation, de coordination, et/ou de logistique ;
* Frais afférents à la rémunération des professionnels de santé (retraités, étudiants hors stage, remplaçants), dès lors que le porteur du centre de vaccination n’a pas signé d’accord conventionnel interprofessionnel avec l’assurance-maladie (régime d’exception).

Imputation : les dépenses liées aux centres de vaccination doivent être imputées à la ligne MI-1-9-2 « Vaccination »

Après instruction de la demande, sur décision du DGARS, un contrat d’objectif et de moyens sera proposé au bénéficiaire fixant les objectifs de l’activité, le montant de la subvention et les éléments de suivi à produire.

Les versements seront faits trimestriellement, au vu de la transmission de l’annexe 2 « remontées d’activité du lieu Covid ».

Le forfait est modulable en fonction de l’activité du centre de vaccination COVID.

**Exposé des besoins**(présenter en quelques lignes la finalité de la demande de financement)

Commune d’implantation du centre de vaccination :

Autres communes d’intervention du centre de vaccination (si mobile) :

Jours et horaires d’ouverture :

**Pièces à joindre**

**3**

Différentes pièces justificatives doivent être fournies lors du dépôt de la demande.

1. La décision d’autorisation d’activité
2. Le **numéro SIRET** de la structure (**impératif** pour les modalités de paiement ARS).
3. Un **relevé d’identité bancaire**, portant une adresse correspondant à celle du n° SIRET, **tamponné et signé** par le représentant légal de la structure.
4. Si le présent dossier n’est pas signé par le représentant légal de la structure, **le pouvoir donné par ce dernier au signataire**.
5. Les **tableaux de suivi et d’évaluation** d’activité ( annexes 3 et 4)

**Attestation sur l’honneur**

**4**

**Cette fiche doit obligatoirement être remplie pour toute demande** (initiale ou non) **quel que soit le montant de la subvention sollicitée.** Si le signataire n’est pas le représentant légal du demandeur, joindre le pouvoir lui permettant d’engager celle-ci.

Je soussigné(e), (nom et prénom) …………………

représentant(e) légal(e) de la structure ………………………………………………………

- certifie que les remontées d’activité mentionnées dans les annexes 3 et 4 n’ont pas fait l’objet d’une autre demande de financement public ;

- certifie que la structure est régulièrement déclarée ;

- certifie que la structure est en règle au regard de l’ensemble des déclarations sociales et fiscales ainsi que des cotisations et paiements correspondants ;

- certifie exactes et sincères les informations du présent dossier,

- demande une subvention de : ……………………€

- précise que cette subvention, si elle est accordée, devra être versée au compte bancaire suivant :

Nom du **titulaire du compte** :

**Banque** :

Domiciliation :

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Code Banque | Code guichet | Numéro de compte | Clé RIB |
|  |  |  |  |
| IBAN |  | | |
| CODE BIC |  | | |

Fait, le à

Signature

**Attention**

Toute fausse déclaration est passible de peines d’emprisonnement et d’amendes prévues par les articles 441-6 et 441-7 du code pénal.

Le droit d’accès aux informations prévues par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’exerce auprès du service ou de l’Etablissement auprès duquel vous avez déposé votre dossier.

**Annexe 1 - Forfait hebdomadaire maximal de Coordination centre de vaccination**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet** | ***Spécifications*** | **Financements HEBDOMADAIRES** | **Totaux par lignes** |
| **COORDINATION INTERNE** | *Coordination administrative (accueil, secrétariat et coordinateur) : formalisation des procédures, évaluation, remontées de l'activité aux instances, préparation et accueil des patients* | 20h/sem x 35€= 700€ | 700 |
| *Supervision de l’organisation :*  *Organisation des plannings, coordination, et/ou logistique.* | 20h/semaine pour coordination et suivi X 70 euros = 1400 euros | 1 400 |
| **PROTECTION HYGIENE MATERIEL** | *Temps de recherche et d’approvisionnement des stocks et de leur gestion* | 4h/ sem x 35€ | 140 |
| *Acquisition de petit matériel de diagnostic, de protection, ou informatique* | 350€ /sem | 350 |
| *Valorisation du surcoût lié de la prestation ménage COVID* |
| *Aide au financement des DASRI COVID* |
| ***TOTAL HEBDOMADAIRE FORFAIT COVID pour organiser et assurer un centre vaccination COVID***  *(forfait modulable et dégressif en fonction du nombre de demi-journées par semaine)* | | | **2590 €** |

**Annexe 2 – Défraiement des professionnels de santé sous conditions**

|  |  |
| --- | --- |
| Défraiement des PS employés par la structure,  dès lors que le porteur du centre de vaccination n’a pas signé d’accord conventionnel interprofessionnel avec l’assurance-maladie (régime d’exception). | Etudiants en 3ème année de soins infirmiers (semestres 5 et 6) participant à la campagne vaccinale, pour chaque heure d'activité :  o 12 € entre 8h et 20h ;  o 18 € entre 20h et 23 h et entre 6h et 8h ;  o 24 € entre 23h et 6 h, ainsi que le dimanche et les jours fériés. |
| Infirmiers retraités, pour chaque heure d'activité :  o 24 € entre 8h et 20h ;  o 36 € entre 20h et 23h et entre 6h et 8h ;  o 48 € entre 23h et 6h ainsi que le dimanche et les jours fériés. |
| Etudiants ayant validé la 2ème année du 2ème cycle des études médicales, pour chaque heure d'activité :  o 24 € entre 8h et 20h ;  o 36 € entre 20h et 23h et entre 6h et 8h ;  o 48 € entre 23h et 6h ainsi que le dimanche et les jours fériés. |
| Internes en médecine, médecins salariés en cumul d’emploi et médecins retraités, pour chaque heure d'activité :  o 50 € entre 8h et 20h ;  o 75 € entre 20h et 23h et entre 6h et 8h ;  o 100 € entre 23h et 6h ainsi que le dimanche et les jours fériés. |

**Annexe 3 - Remontées d’activité centre de vaccination**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Semaine** | **Nombre de plages de 4h** | **Nombre de personnes vaccinées contre la covid-19 par semaine** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| **TOTAL :** |  |  |

| **Semaine du ../../2021 au ../../2021** | | |
| --- | --- | --- |
| **Profession** | **Total** | |
| **Nb de PS** | Nb heures |
| Médecins remplaçants |  |  |
| Médecins salariés en cumul d’emploi |  |  |
| Médecins sans activité |  |  |
| Médecins retraités |  |  |
| Internes en médecine |  |  |
| Etudiants ayant validé la 2ème année du 2ème cycle des études médicales |  |  |
| IDE salarié en cumul d’emploi ou sans activité |  |  |
| IDE retraités |  |  |
| Etudiants en soins infirmiers en 3ème année hors stage (Semestres 5 et 6) |  |  |

**Annexe 4 - Remontées des effectifs des centres de vaccination non signataires de l’ACI**