#

#

**RELAIS AMBULATOIRES DE VACCINATION**

**(RAV)**

**Forfait relatif aux besoins de financement de surcoûts liés à l’organisation d’un Relais Ambulatoire de Vaccination en ville.**

**Dossier de demande
de subvention**

**2021-2022**

**Dossier de demande de subvention**

**Relais Ambulatoires de Vaccination Covid 19**

Ce dossier doit être utilisé par tout porteur de Relais Ambulatoire de Vaccination labellisé par le Directeur Général de l’ARS.

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

**Première demande : Oui** **[ ]  Non** **[ ]**

**Période à financer : Du … / … / … au … / … / …**

**Il comporte 4 parties**

**2**

**Présentation du demandeur**

**1**

**Etat récapitulatif du financement demandé**

**2**

**Attestation sur l’honneur**

**3**

**Pièces à joindre**

**4**

***Ce dossier est à envoyer à
l’Agence Régionale de Santé Occitanie, à votre Délégation Départementale respective :***

ars-oc-dd09-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd11-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd12-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd30-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd31-premier-recours@ars.sante.fr

ars-oc-dd32-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd34-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd46-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd48-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd65-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd66-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd81-direction@ars.sante.fr

ars-oc-dd82-direction@ars.sante.fr

**et en copie :**

**ars-oc-covid-vaccination@ars.sante.fr**

**Présentation du demandeur**

**1**

##### Identification de la structure porteuse (personne morale à caractère non commercial)

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 :

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 de la personne morale porteuse (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 :…………………………………………….

##### Identification du Relais Ambulatoire de Vaccination Covid 19

***Responsable du Relais Ambulatoire de Vaccination Covid 19***

Nom : Prénom :

Fonction :

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

***Coordonnées du Relais ambulatoire de Vaccination Covid 19***

Adresse : ……………………………………………………………………………………………………………………………………...

Code postal : Commune :

Date d’ouverture :…………………………………………………………………………………………………………………

.

**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 relais ambulatoires de vaccination, selon les lignes directrices ci-dessous :

* **Principe de non-compensation des coûts des établissements de santé** mobilisant des ressources en appui des Relais Ambulatoire 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 Relais Ambulatoire de Vaccination 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 matériel médical et de protection ;
* Prestations de traitement des déchets ;
* Surcoût lié aux fonctions de secrétariat ;
* Fonction d’organisation, de coordination, et de logistique ;

Imputation : les dépenses liées aux Relais Ambulatoire de Vaccination doivent être imputées à la ligne MI-1-9-«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 demandes pourront être soumises à l’issu de **deux mois révolus d’activité**. Celles-ci devront être accompagnées des **pièces justificatives demandées**.

Le forfait est susceptible d’être modulé en fonction de l’activité du Relais Ambulatoire de Vaccination COVID et après analyse par l’Agence Régionale de Santé.

Le porteur du centre doit être une personne morale (SISA, association par exemple). Les sociétés commerciales ne peuvent pas prétendre à une subvention auprès de l’ARS.

La demande de subvention concerne le financement de dépenses liées à la coordination, au surcout matériel, déchêts et secrétariat.

Les dépenses liées à la mise à disposition de personnel ou de locaux ne peuvent pas faire l’objet d’un subventionnement, de même que les coûts liés au gardiennage et à la sécurité des sites.

**Forfait de Financement des Relais Ambulatoires de Vaccination**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Objet** | **Spécifications** | **Financements HEBDOMADAIRES** | **Maximum finançable par semaine** |
| **COORDINATION** | **Organisation** | * Recherche de vaccinateurs pour assurer les plages horaires de vaccination.
* Organisation des plannings.
 | 10h/semaine x 35€= 350€ | 350€ |
| **Approvisionnement des Vaccins** | * Recensement des besoins en nombre de doses.
* Commande à la Pharmacie.
* Transport Pharmacie vers RAV.
 | 2h/semaine x 35€ = 70€ | 70€ |
| **SECRETARIAT** | * Valorisation des heures supplémentaires réalisée par des agents en poste et/ou prestation extérieure de secrétariat.
 | Sur présentation des fiches de paie ou factures | * €
 |
| **MATERIEL, EPI, DASRI** | * Matériel médical : Compresses, alcool médical, pansements, médicaments d’urgence (Adrénaline).
* EPI : Blouse de protection jetable, Masques, Visières, Gants, Gel Hydroalcoolique.
* DASRI : Surcoût lié au traitement des déchets vaccination.
 | Sur présentation des factures.Maximum 150€ par semaine | 150€ |
| **PRESTATAIRE DE PRISE DE RENDEZ-VOUS EN LIGNE** | -Doctolib : Inscription sur <https://calendly.com/vaccination-doctolib>-Keldoc : Inscription sur : Lien à venir.-Autres prestataires : Sur présentation des factures.  | -Déjà financé-Déjà financé-Sur présentation des factures.  | * €
 |
| **TOTAL** | **(570€ + Secrétariat + Prestataire de****prise de rendez-vous en ligne) / Semaine** |

 **Attestation sur l’honneur**

**3**

**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 dépenses présentées 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, qu’elle a souscrit les polices d’assurance nécessaires à l’activité;

- 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.

**Pièces à joindre**

**4**

Pièces justificatives devant être fournies lors du dépôt de la demande. .

1. **L’attestation de** labellisation de votre structure en tant que Relais ambulatoire de Vaccination;
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 ; en plus de l’attestation sur l’honneur.
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. Le **nombre de vaccinations** par vacation (Annexe 1)
6. Le **nombre d’heures de coordination** réalisées.(Annexe 2)
7. Les fiches de paie mentionnant les **heures supplémentaires réalisées par le secrétariat ou la facture d’un secrétariat extérieur.**
8. Les **factures** **de surcout** en Equipements Professionnels Individuels jetables et DASRI.

**Annexe 1 : Remontées d’activité du Relais Ambulatoire de Vaccination**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Jours de vaccination** | **Nombre de vaccinateurs** | **Durée de la vacation** | **Nombre de personnes vaccinées contre la covid-19 par semaine** |
| **Exemple : Samedi 11/12/21****Matin** | **1** | **4h**  | **40** |
| **Samedi 11/12/21****Après-midi** | **1** | **4h**  | **35** |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| **TOTAL :** |  |  |  |

**Annexe 2 :**

**Temps dédié à l’organisation et à l’approvisionnement en vaccins.**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Date** | **Nombre d’heures d’organisation réalisées par semaine (Max 10h)** | **Nombre d’heures dédiées à l’approvisionnement en vaccins (Max 2h)** |
| Semaine 49 | 6h | 2h |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
| TOTAL : |  |  |