

35 rue de la Gare Millénaire 2 – 75935 – Paris Cedex 19

Standard : 01 44 02 00 00

[www.ildedefrance.ars.sante.fr](http://www.ildedefrance.ars.sante.fr)

**DOSSIER DE DEMANDE DE FINANCEMENT**

**REMPLACEMENT DES INFIRMIERS DE PRATIQUE AVANCEE EN FORMATION**

Les conditions d’éligibilité pour obtenir un financement :

* Structure ou professionnel :
	+ structure sanitaire, médico-sociale, ambulatoire finançant la formation ;
	+ infirmier libéral ;
* Objet du financement :
	+ contribution aux frais de remplacement pour un infirmier admis à suivre la formation conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant grade de master dans une université accréditée ;
	+ engagement de la structure ou de l’infirmier libéral à exercer les fonctions relatives à la pratique avancée à l’issue de la formation ;
* Lieu d’exercice de l’infirmier engagé dans la formation : région Ile-de-France.

L’attribution du financement, pour les dossiers retenus, fera l’objet d’une convention.

**Nom :**

**- de la structure :**

**ou**

**- de l’infirmier libéral :**

**Le dossier est à adresser au plus tard le 30 septembre 2018 par courrier en deux exemplaires à :**

Ljiljana JOVIC et/ou Corinne SLIWKA, Directeurs des soins –Conseillères techniques régionales

ARS - DOS – Pôle ressources humaines en santé

Millénaire 2 - 35, rue de la Gare, 75935 PARIS cedex 19

**et par mail à**: ARS-IDF-CSLTECH@ars.sante.fr

**en précisant dans l’objet** : Demande de financement « formation des IPA »

1. **Porteur du dispositif**

|  |
| --- |
| **Structure bénéficiaire du financement**  |
| Nom de la structure  |  |
| Adresse complète  |  |
| Statut juridique  |  |
| Directeur/trice  |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |
| Nom et qualité du référent du projet  |  |
| Fonction du référent |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |
| Nom et prénom du signataire de la convention  |  |
| Fonction du signataire de la convention |  |
| Adresse complète du signataire de la convention |  |
| N° SIRET  |  |
| N°FINESS Juridique |  |
| Compte bancaire | Nom de la banque :IBAN :BIC  |

|  |
| --- |
| **Infirmier libéral bénéficiaire du financement**  |
| Nom prénom  |  |
| Adresse complète  |  |
| Statut juridique (cabinet…) |  |
| Courriel  |  |
| Téléphone  |  |

1. **Infirmiers concernés**

|  |
| --- |
| **Infirmier salarié ou libéral** (à dupliquer si plusieurs professionnels de la structure sont concernés) |
| * Nom, prénom
* Grade professionnel
* Fonction
* Adresse courriel
 |
| Université accréditée pour délivrer le diplôme :* Nom :
* Région :

Admission pour une formation en :* 1ère année
* 1ère année partielle
* 2ème année
* 2ème année partielle

Options choisie si admission en 2ème année :* Pathologies chroniques stabilisées…
* Oncologie et hématologie
* Néphrologie, dialyse et transplantation rénale
 |

1. **Engagement**

|  |
| --- |
| **Engagement** |
| Les structures dont la demande est retenue s’engagent à :* Financer la formation de l’infirmier visant l’obtention du diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant grade de master
* Utiliser le financement de l’ARS Ile-de-France pour des remplacements de l’infirmer engagé dans la formation
* Positionner l’infirmier dans des fonctions de pratique avancée à l’issue de la formation
* Communiquer à l’ARS les informations nécessaires au suivi du dossier

Les infirmiers libéraux dont la demande est retenue s’engagent à :* Utiliser le financement de l’ARS Ile-de-France pour des remplacements durant la formation
* Exercer des fonctions de pratique avancée à l’issue de la formation
* Communiquer à l’ARS les informations nécessaires au suivi du dossier

Les documents à joindre impérativement à la demande pour les structures :* Attestation ou document d’admission dans la formation conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant grade de master, fourni par l’université
* Copie de la lettre d’engagement de l’employeur à prendre en charge la formation transmise à l’université
* Lettre d’engagement de la structure à positionner l’infirmier dans des fonctions de pratique avancée à l’issue de la formation
* Relevé d’identité bancaire (RIB) de la structure à laquelle il faudra déléguer le financement

Les documents à joindre impérativement à la demande pour les infirmiers libéraux :* Attestation ou document d’admission dans la formation conduisant au diplôme d’Etat d’infirmier en pratique avancée conférant grade de master, fourni par l’université
* Lettre d’engagement à exercer les fonctions relatives à la pratique avancée à l’issue de la formation

L’allocation du financement : Les financements alloués au titre du Fonds d’intervention régional (FIR) seront engagés par une décision attributive de financement rattachée à une convention. **La totalité de la somme allouée sera utilisée au service du projet retenu, la possibilité de financer des charges de structure ne pourra pas être prise en compte.** Le représentant de la structure ou infirmier libéral engagé dans le dispositif certifie exactes les informations du présent dossier.Fait le : Nom et signature du représentant de la structure ou de l’infirmier libéral :  |