

SERVICE DE L'ACTION SOCIALE

20, faubourg des Capucins
CH-2800 Delémont
t +41 32 420 51 40
f +41 32 420 51 41
secr.sas@jura.ch

Questionnaire détaillé relatif à la demande d'autorisation d'exploiter une institution

Nom de l'institution :

Adresse :

NPA, Localité :

Tél :

Fax :

Adresse électronique :

Site internet éventuel :

Personne responsable de l'exploitation :

Adresse privée :

NPA, localité :

Tél :

Fax :

Adresse électronique :

A. Statut juridique de l'institution

Statut de droit privé	Statut de droit public
<p>A but non lucratif</p> <p><input type="checkbox"/> Association</p> <p><input type="checkbox"/> Fondation</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser</p>	<p><input type="checkbox"/> Commune, service communal</p> <p><input type="checkbox"/> Syndicat intercommunal</p> <p><input type="checkbox"/> Fondation publique</p> <p><input type="checkbox"/> Etablissement de droit public</p> <p><input type="checkbox"/> Paroisse</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser</p>
<p>A but lucratif</p> <p><input type="checkbox"/> Société simple</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser</p>	

Les statuts ou autres documents relatifs au statut juridique figurent en **Annexe A1**

Localité siège de l'organisme :

Cet organisme a été créé le :

B. Type d'institution, population accueillie et circonscription

<p>Selon l'âge des personnes accueillies</p> <p><input type="checkbox"/> Sans limites d'âge</p> <p><input type="checkbox"/> Mineurs</p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> de.....ans à..... ans</p> <p><input type="checkbox"/> Personnes âgées (65 et plus)</p> <p><input type="checkbox"/> Autres, préciser</p>	<p>Selon le type de besoin</p> <p><input type="checkbox"/> Soins et hébergement liés à l'âge</p> <p><input type="checkbox"/> Handicap physique</p> <p><input type="checkbox"/> Handicap mental</p> <p><input type="checkbox"/> Dépendances (toxicomanies, alcoolisme)</p> <p><input type="checkbox"/> Autre, préciser</p>
<p>Circonscription de recrutement</p> <p><input type="checkbox"/> Sans limite géographique particulière</p> <p><input type="checkbox"/> Tout le Canton du Jura</p> <p><input type="checkbox"/> District-s :</p>	<p><input type="checkbox"/> Commune(s) de :</p>

C. Capacité d'accueil et horaires d'ouverture

<p>Capacité d'accueil :</p> <p>L'institution peut accueillir</p> <p>Nombre total de places :</p> <p>Liste d'attente éventuelle :</p> <p><input type="checkbox"/> Oui, nbre de personnes :</p> <p><input type="checkbox"/> Non</p>	<p>Détail éventuel :</p> <p>..... personnes en accueil de type</p> <p>..... personnes en accueil de type</p> <p>..... personnes en accueil de type</p> <p><input type="checkbox"/> Descriptif des personnes accueillies en Annexe C1</p>
<p>Ouverture selon les jours :</p> <p>Ouverture toute l'année (365 jours)</p> <p>Ouverture toute l'année, sauf du au</p> <p>sauf du au</p> <p>sauf du au</p>	<p>Selon les heures du jour :</p> <p>Durant les 24 heures</p> <p>de h. – à h.</p> <p>de h. – à h.</p> <p>de h. – à h.</p> <p>de h. – à h.</p> <p><input type="checkbox"/> Descriptif des horaires en Annexe C2</p>

D. Prestations

<p>Prestations hôtelières :</p> <p>Le déjeuner</p> <p>Le dîner</p> <p>Le souper</p> <p>Offre en matière de veille nocturne :</p>	<p><input type="checkbox"/> est fourni</p> <p><input type="checkbox"/> peut être fourni sur demande</p> <p><input type="checkbox"/> est fourni</p> <p><input type="checkbox"/> peut être fourni sur demande</p> <p><input type="checkbox"/> est fourni</p> <p><input type="checkbox"/> peut être fourni sur demande</p> <p><input type="checkbox"/> pas de veille fournie</p> <p><input type="checkbox"/> veille passive (le personnel dort, mais peut être réveillé si nécessaire)</p> <p><input type="checkbox"/> veille active (le personnel est éveillé durant la nuit)</p>
<p>Prestations de transports :</p> <p>L'institution dispose-t-elle de véhicule(s) adapté(s) au transport de ses résidents ?</p>	<p><input type="checkbox"/> Oui</p> <p>Elle dispose devéhicule(s), soit</p> <p>1. places</p> <p>2. places</p> <p>3. places</p>
<p>Prestations de prise en charge personnelle :</p> <p>Le « Programme de prise en charge personnelle » devra notamment contenir une description des options, références, méthodes spécifiques et activités pratiquées avec les personnes accueillies.</p>	<p><input type="checkbox"/> Programme de prise en charge personnelle en Annexe D1</p> <p><input type="checkbox"/> Liste du matériel (brèves descriptions) disponible en Annexe D2</p> <p>Autres descriptifs des prestations de l'institution</p> <p><input type="checkbox"/> Annexe L</p> <p><input type="checkbox"/> Annexe L</p> <p><input type="checkbox"/> Annexe L</p>

E. Implantations, bâtiments et locaux

Situation contextuelle de l'institution (dans ou hors agglomération, genre de quartier, circulation, exposition, étage, ascenseur, etc.)

.....
.....

Genre(s) de bâtiment(s) (appartement, maison individuelle, construction spécifique, etc.)

.....
.....

Locaux et types (affectations)

Plan des locaux en **Annexe E1**

- **Chambres (nuit)**

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

- **Cuisine**

Surface : m²

- **Salle(s) à manger**

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

- **Locaux d'animation**

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

- **Locaux sanitaires**

Nbre total : locaux sanitaires (détails sous point F de la page suivante)

- **Dépendance**

(rangement, grenier, cave, buanderie, etc.)

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

Type Nbre : Surface individuelle : de m² à m²

F. Equipement et sécurité

Afin d'être à même de fournir ses prestations, l'institution s'est pourvue des équipements suivants :

<input type="checkbox"/> Terrain de jeu à l'extérieur <input type="checkbox"/> dont surface couverte (préau) avec les équipements suivants	Surface : m ² Surface : m ²
<input type="checkbox"/> Autre : avec les équipements suivants :	Surface : m ²
Accessibilité des locaux aux enfants à mobilité réduite :	<input type="checkbox"/> Tous les locaux sont accessibles <input type="checkbox"/> Les locaux suivants sont accessibles
Sanitaires (Nombre de) : WC ordinaires WC à hauteur d'enfant WC adaptés aux pers. handicapées salles de bain douches
Equipement de sécurité :	<input type="checkbox"/> Téléphones <input type="checkbox"/> Extincteurs <input type="checkbox"/> Eclairage de secours <input type="checkbox"/> Clôture du terrain extérieur <input type="checkbox"/> Sortie(s) de secours <input type="checkbox"/> Echelle de secours aux étages supérieurs <input type="checkbox"/> 100% conforme aux normes AIJ incendie Si non <input type="checkbox"/> Mise en conformité en cours <input type="checkbox"/> Autre
Autres locaux à usage particulier :
Assurances :	<input type="checkbox"/> RC et accidents <input type="checkbox"/> Copies des polices en Annexes F1 à F3

- **Personnel remplaçant (éventuel)**

Nom, prénom	Année de naissance	Formation, diplôme	Taux d'activité	Fonction
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- **Personnel administratif et intendance**

Nom, prénom	Année de naissance	Formation, diplôme	Taux d'activité	Fonction ¹
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

H. Collaborations externes

Liste des autres services avec lesquels l'institution collabore
(ex : médecins, psychiatres, psychologues, logopédistes, enseignants, travailleurs sociaux, ...)

- Médecin de l'institution : Dr
- Adresse :
- Téléphone : Fax :
-
-
-
-
-
-

¹ Fonction = Secrétaire, comptable, cuisinière, concierge, etc.

I. Conditions d'entrée et règlement d'institution

<ul style="list-style-type: none"> • Règlement interne 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> en Annexe I1
<ul style="list-style-type: none"> • Prospectus de présentation de l'institution 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> en Annexe I2
<ul style="list-style-type: none"> • Formulaire d'inscription des personnes intéressées : 	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> en Annexe I3
<ul style="list-style-type: none"> • Autre document de présentation de l'institution et de son fonctionnement à l'intention de résident(e)s potentiel(le)s (site internet, par exemple) 	<input type="checkbox"/> Oui, il s'agit de <input type="checkbox"/> en Annexe I
<ul style="list-style-type: none"> • Visite préalable de l'institution 	<input type="checkbox"/> possible <input type="checkbox"/> exigée

J. Tarifs

Existe-t-il un(des) tarif(s) ?	<input type="checkbox"/> Oui Tarifs <input type="checkbox"/> en Annexe J1
--------------------------------	---

K. Financement de l'institution

Genres de ressources de l'institution :	<input type="checkbox"/> Recettes de l'application du(des) tarif(s) susmentionné(s) <input type="checkbox"/> Cotisations des membres <input type="checkbox"/> Dons, collectes, ventes, etc. <input type="checkbox"/> Fortune <input type="checkbox"/> Subventions communales <input type="checkbox"/> Subventions cantonales..... <input type="checkbox"/> Subventions fédérales <input type="checkbox"/> Subventions fédérales <input type="checkbox"/> Autres :
Charges d'investissement (si nécessaire)	<input type="checkbox"/> Budget d'investissement en Annexe K1
Charges de fonctionnement	<input type="checkbox"/> Budget-type annuel de fonctionnement en Annexe K2
Plan financier sur trois ans	<input type="checkbox"/> Plan financier pour les trois prochaines années en Annexe K3
Pour les institutions existantes	<input type="checkbox"/> Comptes acceptés du dernier exercice en Annexe K4

L. Autres informations

Notre institution est membres des organismes (associations, fédération, groupement professionnel, etc.) suivants :	1.
	2.
	3.
	4.
Autres documents présentant l'organisation et les prestations de l'institution :	5.
1.	<input type="checkbox"/> en Annexe L
2.	<input type="checkbox"/> en Annexe L
3.	<input type="checkbox"/> en Annexe L

L'institution s'engage à communiquer au Service de l'action sociale les modifications qui pourraient survenir ultérieurement quant aux éléments figurant ci-dessus.

Elle autorise le Service de l'action sociale à prendre auprès de tiers tout renseignement qu'il jugera utile dans la perspective de délivrer l'autorisation d'exploiter ainsi que dans l'exercice de son rôle de surveillance des institutions sociales.

Date et lieu :

La personne responsable de l'exploitation de l'établissement (directrice, directeur) :

Nom et prénom :

Signature :

La(Les) personne(s) ayant capacité de représenter l'institution (conseil communale, présidence, secrétaire d'association, etc) :

Nom et prénom : Nom et prénom :

Fonction : Fonction :

Signature :

Signature :

Ce questionnaire ainsi que les annexes susmentionnées et leur bordereau figurant en page suivante sont à adresser à :

République et Canton du Jura
Service de l'action sociale
Faubourg des Capucins 20
2800 Delémont
Tél. 032 420 51 40
Courriel : secr.sas@jura.ch

Liste des annexes indispensables à la demande

- A1** Statuts ou acte constitutif de l'institution
- C1** Descriptif éventuel des personnes accueillies
- C2** Descriptif éventuel des horaires d'ouverture
- D1** Programme de prise en charge personnelle
- D2** Liste sommaire du matériel
- E1** Plan des locaux
- F1** Contrat d'assurance police N° pour
- F2** Contrat d'assurance police N° pour
- F3** Contrat d'assurance police N° pour
- G1** Curriculum vitae du (de la) responsable
- G2** Titre de du(de la) responsable
- G3** Titre de du(de la) responsable
- G4** Titre de du(de la) responsable
- G5** Extrait de casier judiciaire CH du(de la) responsable
- G6** Attestation de l'office des poursuites pour le(la) responsable
- G7** Certificat de bonne vie et mœurs du(de la) responsable
- G8** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G9** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G10** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G11** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G12** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G13** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G14** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G15** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G16** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G17** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G18** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G19** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G20** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G21** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- G22** Diplôme et certificat médical de Mme/M.
- I1** Règlement interne de l'institution
- I2** Prospectus présentant l'institution
- I3** Formule d'inscription
- I4**
- I5**
- J1** Tarifs de l'institution
- K1** Budget d'investissement (si nécessaire)
- K2** Budget type annuel de fonctionnement
- K3** Plan financier pour les trois prochaines années
- K4** Comptes du dernier exercice annuel (pour institution existante)

Liste des annexes complémentaires présentées par l'institution

- L1**
- L2**
- L3**