**FORMULAIRE DE DEMANDE**

**pour les PATIENTS et PROCHES**

**A REMPLIR PAR LA PERSONNE A FORMER - LE DEMANDEUR**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

1. **Prénom et NOM**
2. **Adresse e-mail**
3. **Numéro de téléphone**
4. **Adresse postale : Numéro, Nom de la rue, Code Postal et nom de la ville**
5. **Vous êtes**

*Une seule réponse possible – si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*

Patient ☐ Proche ☐

1. **Vous acceptez de figurer dans le listing d’ETHNA des personnes formées à l’ETP. Ces données permettent à ETHNA de mettre en lien les différents acteurs de l’ETP de Nouvelle-Aquitaine** [**https://ethna.net/**](https://www.google.com/url?q=https://ethna.net/&sa=D&ust=1571306153132000&usg=AFQjCNFsW9sd3WJubinqMgNaHFKJLxEK7A)

*Une**seule réponse possible**–**si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un**X en face de votre réponse.*



Oui ☐ Non☐

1. **Vos motivations à suivre une formation en ETP (obligatoire)**



**A REMPLIR PAR LA PERSONNE A FORMER - LE DEMANDEUR**

**COMMENTAIRES POUR COMPLÉTER LA DEMANDE DE FINANCEMENT (facultatif)**

**Si vous souhaitez apporter des précisions sur votre demande à destination du jury d'attribution**



**A REMPLIR PAR L’ASSOCIATION, STRUCTURE DE RATTACHEMENT DU DEMANDEUR (sauf pour les personnes faisant la demande en leur nom propre, ne faisant pas partie d’une association)**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

ETHNA recommande vivement aux patients et aux proches collaborant avec une équipe porteuse d’un programme d’adhérer à une association d’usagers du système de santé agréée.

Cela permet une activité reconnue par les directions d’établissements, une couverture de responsabilité civile dans le cadre de l’activité, et de meilleurs moyens pour mener à bien la mission confiée par l’association.

1. **Nom de l’association**



1. **Numéro RNA ou SIRET**



1. **Adresse e-mail**





1. **Numéro de téléphone**







1. **Votre association est-elle agréée du système de santé ?** -[**https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees**](https://solidarites-sante.gouv.fr/ministere/acteurs/partenaires/associations-d-usagers-du-systeme-de-sante-agreees)

*Une**seule réponse possible**–**si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un**X en face de votre réponse.*

Oui ☐ Non☐

1. **Mission au sein de la structure de rattachement**







**Lettre d’engagement de la structure de rattachement à soutenir le demandeur dans son projet de formation pour pouvoir collaborer avec l’équipe porteuse de programme :**

**A REMPLIR PAR LE DEMANDEUR ET/OU L’ASSOCIATION, STRUCTURE DE RATTACHEMENT**

**POSSIBILITÉS DE CO-FINANCEMENT DE LA FORMATION EN ETP**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

ETHNA intervient en complément d’autres sources de financements lorsque cela est possible. Charge au demandeur de justifier ses recherches, avec l’aide de son association ou de l’équipe porteuse du programme. Nous nous réservons le droit de vérifier les déclarations de recherche de co-financement. En cas de fausse déclaration, la candidature sera rejetée.

1. **Précisez les autres organismes sollicités pour un co-financement de cette formation en ETP**

*Plusieurs réponses possibles – si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*

☐Association



NOM – décision de prise en charge partielle ou refusée - montant € - joindre le justificatif officiel :

* Etablissement de l'équipe porteuse du programme avec laquelle le demandeur va collaborer



NOM – décision de prise en charge partielle ou refusée - montant € - joindre le justificatif officiel:



* Compte Personnel de Formation (CPF)



NOM – décision de prise en charge partielle ou refusée - montant € - joindre le justificatif officiel:

* Autre :



NOM – décision de prise en charge partielle ou refusée - montant € - joindre le justificatif officiel:

* Aucun organisme de co-financement n’a été sollicité



Commentaire sur la raison de la non sollicitation :



1. **Co-financement complémentaire obtenu à hauteur de (montant en €)**





TOTAL en € :



**Motifs des structures qui ont été sollicitées pour leur participation à un co-financement :**

**A REMPLIR PAR L’EQUIPE PORTEUSE DE PROGRAMME :**

**PROGRAMME D'ETP DANS LEQUEL EXERCERA LE DEMANDEUR**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

ETHNA rappelle qu’un patient ou un proche partenaire peut collaborer avec plusieurs équipes porteuses, selon sa volonté et ses disponibilités. Il est fortement conseillé de formaliser toute collaboration avec une convention de partenariat établie entre le patient ou le proche partenaire, son association et l’établissement porteur du programme.

ETHNA peut vous accompagner dans ces démarches avec des modèles de documents. bourse.formation@ethna.net

1. **Département(s) où vous allez participer à ce programme d'ETP** *- indiquer les numéros des départements -**Plusieurs réponses possibles.*
2. **Pathologie(s) concernée(s) par ce programme d'ETP** *Plusieurs réponses possibles si polypathologie**–**si la**case ne se coche pas automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*



|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ☐Diabète | ☐Maladies cardiovasculaires | ☐Maladies neurologiques |
| ☐ Cancers |  | ☐ Maladies respiratoires | ☐Maladies rénales chroniques |
| ☐ Obésité |  | ☐ Conduites addictives | ☐ Maladies du système digestif |
| ☐ Maladies rares | ☐ Personnes handicapées moteur | ☐Maladies psychiatriques |
| ☐ Maladies infectieuses chroniques | ☐Maladies rhumatologiques et ostéoarticulaires |
| ☐ Autres |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |

1. **Lieu où s’exerce le programme d'ETP** *Une seule réponse possible**–**si la case ne se coche pas**automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*

|  |  |
| --- | --- |
| ☐ En établissement de soins | ☐ Structure hors établissement de soins |
| ☐ En ville | ☐ Autre : |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |  |  |

1. **Statut du programme d'ETP** *Une seule réponse possible**–**si la case ne se coche pas automatiquement,**mettre un X en face de votre réponse.*

☐ En cours de fonctionnement ☐ Future mise en œuvre\*

Si future mise en œuvre :

☐dossier d’autorisation déposé ☐en cours d’échange avec l’ARS ☐à l’état de projet



Commentaires – précisez si l’avancement du projet de programme :

*\*concernant les programmes d’ETP à venir : les projets doivent avoir fait l’objet, à minima, d’un échange avec la Direction Départementale de l’ARS du territoire concerné avant tout dépôt d’une demande d’autorisation.*

* 1. **Titre du programme dans lequel vous allez collaborer**
1. **A ce jour, où en êtes-vous dans vos missions définies avec l'équipe porteuse du programme selon vos compétences (une seule personne n'a pas nécessairement à assurer toutes ces missions)**



*Une seule réponse possible par ligne – si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Collaboration** | **Déjà en place** | **Se fera** | **Pas encore définie** | **Non** |
|  |  |  |  |  |
| Participation à la construction du contenu du programme ou à son réajustement | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |
| Co-animation d'ateliersdu programme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |
| Participation à l'évaluation des séances ou du programme | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |
| Soutien à la communication du programme vers l'extérieur | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |
| Témoignage du parcours de soins | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |
| Autre : …………………….. | ☐ | ☐ | ☐ | ☐ |
|  |

1. **Ce programme d'ETP existe depuis / va exister à partir de: (indiquez surtout le mois et l'année)** *Exemple :**décembre 2012*
2. **Nom de l’établissement porteur du programme d’ETP**
3. **Prénom – NOM et fonction du contact de l'équipe porteuse du programme**
4. **Adresse e-mail**
5. **Numéro de téléphone**







1. **Si vous collaborez avec d’autres programmes, merci de les citer (titre du programme, département, pathologie(s) concernée(s), contact de l’équipe porteuse) :**



**Lettre d’engagement de l’équipe porteuse du programme à collaborer avec le demandeur :**

**A REMPLIR PAR L’ORGANISME DE FORMATION CHOISI**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

Pour être certain(e) de bénéficier du meilleur rapport qualité-prix, ETHNA vous recommande de contacter plusieurs organismes de formation différents afin de comparer les tarifs et le contenu de la formation avant de faire votre choix. La prise en charge financière de la formation en ETP par ETHNA n’excède pas le montant maximum de 1 000 €TTC par personne. ETHNA reste à l’écoute des demandes particulières.

1. **Nom de l'organisme de formation - raison sociale**
2. **Numéro SIRET**
3. **Numéro de Déclaration d'Activité (NDA)**
4. **Numéro de référencement DATADOCK (respecte les exigences de qualité dictées par la loi décret n°2015-790 du 30 juin 2015) ET/OU QUALIOPI**





1. **Adresse e-mail**



1. **Numéro de téléphone**
2. **Adresse postale : Numéro, Nom de la rue, Code Postal et nom de la ville**





1. **Organisme de formation adhérent à ETHNA** [**https://ethna.net/adherer**](https://www.google.com/url?q=https://ethna.net/adherer&sa=D&ust=1571306153146000&usg=AFQjCNFNJlUnicX3nXyVmTj8weLfPEHV1w) *si la case ne se coche pas automatiquement, mettre un X en face de votre réponse.*

Les organismes de formation ont la possibilité d’être référencés sur l’annuaire d’ETHNA. Ils peuvent également utiliser [le livret-ressource](https://ethna.net/agenda/38/livret-pour-les-organismes-de-formation-quel-contenu-pour-la-formation-de-praticien-en-etp-40h-pour-dispenser-) utile pour élaborer des formations et contribuer ainsi à la promotion de l’ETP « par, pour et avec » les bénéficiaires bourse.formation@ethna.net

adhérent l’année en cours de cette demande : ☐Oui ☐Non

1. **Coût des frais pédagogiques de la formation demandé à ETHNA (montant en €)**
2. **Ville où a lieu la formation (à expliquer si le lieu est éloigné du domicile du demandeur)**



**A FAIRE APPARAITRE DANS LA CONVENTION DE FORMATION :**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

Elle est à signer entre le demandeur (avec le nom de la personne à former) et l’organisme de formation, les dispositions financières concernent uniquement ces deux parties.

ETHNA ne peut pas apparaitre comme financeur en amont du résultat du jury d’attribution du soutien financier à la formation en ETP.

En cas d’accord de financement d’ETHNA, les frais pédagogiques engagés selon la notification sont payés après la formation sur pièces justificatives au demandeur du formulaire de demande de financement. Mandat peut être donné par le demandeur à l’organisme de formation pour percevoir directement le règlement de la facture des frais pédagogiques. (voir les conditions dans ce formulaire de demande-pages 7-17)

Toute formation qui n’a pas été débutée, suivie en totalité, non validée ou dont l’attestation de fin de formation n’a pas été fournie ne sera pas payée

ETHNA recommande aux organismes de formation de ne pas demander au demandeur d’acompte ni la totalité des frais en amont et de ne pas appliquer des frais en cas de renoncement en cours de formation pour les patients-aidants-partenaires (souvent soumis aux aléas de la maladie) afin de faciliter un cadre de conventionnement de formation favorable à l’engagement de ces personnes dans les démarches d’ETP souvent bénévoles, dans l’esprit actuel de la démocratie en santé.

**A REMPLIR PAR LA PERSONNE A FORMER – LE DEMANDEUR**

**DOSSIER BILAN FIN DE FORMATION**

**Complément d’information sur la NOTICE EXPLICATIVE –** [**téléchargeable sur le site d’ETHNA**](https://ethna.net/agenda/19/ethna-campagne-2020-de-financement-de-la-formation-en-etp-) **(ctrl+clic)**

Toute formation qui n’a pas été suivie en totalité ou non validée ou dont les pièces justificatives n’ont pas été fournies dans un délai d’une année qui suit la date de notification de l’accord du jury d’attribution ne sera pas payée.

Toute formation qui n’a pas été débutée, suivie en totalité, non validée ou dont l’attestation de fin de formation n’a pas été fournie ne sera pas payée.

La finalisation de ce soutien financier par le demandeur doit avoir lieu au plus tard dans l'année qui suit la date de la notification d’accord ; à défaut, ETHNA se dégagera de son engagement au règlement de votre formation.

1. **ETHNA règle les frais pédagogiques au demandeur (personne à former ou association) sauf si un mandat est donné à l’organisme de formation.** *Une seule réponse possible.*

☐À régler au demandeur



Prénom – NOM :

☐À régler à l’association, structure de rattachement



NOM de l’association :

☐Mandat donné à l'organisme de formation pour le règlement direct des frais pédagogiques (charge à l'organisme de formation d'apporter les justificatifs nécessaires)



NOM de l’organisme de formation:

1. **A la fin de sa formation, pour déclencher le paiement des frais pédagogiques par ETHNA, il sera demandé au demandeur de renseigner un questionnaire-bilan afin de connaître sa satisfaction de la formation suivie et du processus de prise en charge d’ETHNA, les suites de son intégration dans le programme d’ETP et identifier des liens de collaboration possible avec ETHNA.**

[Lien vers le questionnaire de fin de formation](https://forms.gle/zyosS3tm4GcuyQqSA) **(ctrl+clic)**



