



Associations de santé intégrée (ASI)



Renvoyez ce formulaire complété, signé et accompagné de ses annexes à :



Service public de Wallonie
 Direction générale opérationnelle des Pouvoirs locaux, de l'Action sociale et de la Santé
 Département de la Santé et des Infrastructures médico-sociales
 Direction des Soins Ambulatoires

 Avenue Gouverneur Bovesse, 100
 5100 Jambes

En cas de difficulté, veuillez contacter :

Marcel NDEKEZI KAREKEZI, Attaché

Téléphone : 081 32 72 49 - Fax : 081 32 72 01

Courriel : marcel.ndekezikarekezi@spw.wallonie.be

Projets de santé communautaire Déclaration de projet

Objet

Ce formulaire est destiné à toute association de santé intégrée (ASI) désireuse d'élaborer un projet de santé communautaire et qui doit le déclarer à l'administration.

L'arrêté du 27 mai 2009 prévoit en effet qu'au plus tard 15 jours avant l'exécution de tout projet de santé communautaire, l'ASI promotrice doit soumettre son projet à l'administration, qui l'examine et donne son avis éventuel dans les 15 jours de l'accusé de réception.

La fonction de santé communautaire consiste à développer des activités coordonnées avec l'ensemble du réseau psycho-médico-social et à créer des conditions de participation active de la population à la promotion de sa santé.

Les données collectées à l'aide de ces formulaires servent à s'assurer de l'exercice par l'ASI de la fonction de santé communautaire et à évaluer l'impact des projets réalisés dans la zone d'activités de l'ASI.

Public

Les Associations de Santé Intégrée (maisons médicales) en Région wallonne.

Réglementation

Base légale¹ : Décret du Parlement wallon du 20 novembre 2008 modifiant le décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée. Arrêté du Gouvernement wallon du 27 mai 2009 portant application du décret de la Communauté française du 29 mars 1993 relatif à l'agrément et au subventionnement des associations de santé intégrée.

Table des matières

1. Identification de l'Association de Santé Intégrée (ASI)	2
2. Description du projet.	2
3. Déclaration sur l'honneur et signature.	10
4. Protection de la vie privée et voies de recours.	10
Enquête de satisfaction.	11

¹Les textes coordonnés peuvent être consultés sur le site Wallex contenant la banque de données juridiques de la Région wallonne (<http://wallex.wallonie.be>).

1. Identification de l'Association de Santé Intégrée (ASI)

Dénomination

Numéro d'entreprise

 · ·

2. Description du projet

2.1. Intitulé du projet

2.2. Contenu du projet

Résumé du projet

Motivations et objectifs

Public cible du projet

Date de démarrage du projet

 / /

Durée estimée du projet

 mois

Oui

Rue	Numéro	Boîte
Code postal	Localité	

Non

Téléphone Autre téléphone GSM

Courriel

Description du rôle de l'organisation dans le réseau collaborant au projet

2.3.3.2. Organisation

A remplir uniquement si vous avez coché "oui" à la question sur les participants associés au projet de santé communautaire (au pt.2.3.3)

Intitulé de l'organisation

Identification du contact réseau collaborant au projet :

M. Nom Prénom

Mme

Adresse différente de l'ASI ?

Oui

Rue	Numéro	Boîte
Code postal	Localité	

Non

Téléphone Autre téléphone GSM

Courriel

Description du rôle de l'organisation dans le réseau collaborant au projet

2.3.3.3. Organisation

A remplir uniquement si vous avez coché "oui" à la question sur les participants associés au projet de santé communautaire (au pt.2.3.3)

Intitulé de l'organisation

Identification du contact réseau collaborant au projet :

<input type="checkbox"/> M.	Nom	Prénom
<input type="checkbox"/> Mme	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Adresse différente de l'ASI ?

<input type="checkbox"/> Oui		
Rue	Numéro	Boîte
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal	Localité	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

Non

Téléphone

Autre téléphone

GSM

Courriel

Description du rôle de l'organisation dans le réseau collaborant au projet

Nom de l'organisation

Subsides	Origine	
	DG	Service
<input type="text"/> €		
<input type="text"/> €		
<input type="text"/> €		

2.3.4.4. Organisation :

A remplir uniquement si vous avez coché "oui" à la question sur les participants associés au projet de santé communautaire (au pt.2.3.3)

Nom de l'organisation

Subsides	Origine	
	DG	Service
<input type="text"/> €		
<input type="text"/> €		
<input type="text"/> €		

2.4. Évaluation du projet

Intitulé et description des indicateurs de résultats et de processus pour le projet

3. Déclaration sur l'honneur et signature

Je soussigné :

Nom

Prénom

légalement autorisé à engager le demandeur, déclare sur l'honneur que les renseignements mentionnés dans le présent formulaire sont exacts et complets.

De plus, je m'engage sur la bonne mise en œuvre du projet soumis à l'approbation de l'administration.

Lieu

Signature

Date

□□ / □□ / □□□□

4. Protection de la vie privée et voies de recours

Comme le veut la loi¹, nous vous signalons que :

- Les données que vous fournissez en complétant ce formulaire sont destinées à assurer le suivi de votre dossier au sein du Service public de Wallonie.
- ces données seront transmises exclusivement au service suivant du Gouvernement wallon : Direction générale opérationnelle des Pouvoir locaux, de l'Action sociale et de la Santé ;
- vous pouvez avoir accès à vos données ou les faire rectifier le cas échéant ;
- vous pouvez exercer ce droit (d'accès ou de rectification) auprès du service auquel vous adressez ce formulaire.

Que faire si, au terme de la procédure, vous n'êtes pas satisfait de la décision de l'administration wallonne ?

Adressez-vous à l'administration concernée pour lui exposer les motifs de votre insatisfaction ou exercez le recours administratif s'il est prévu dans la procédure.



*Si votre insatisfaction demeure après ces démarches préalables, il vous est possible d'adresser une réclamation auprès du **Médiateur de la Région wallonne**.*

Rue Lucien Namèche, 54 à 5000 Namur

Tél. gratuit 0800 19 199

<http://mediateur.wallonie.be>

¹Loi du 8 décembre 1992 relative à la protection de la vie privée à l'égard des traitements de données à caractère personnel.

Enquête de satisfaction

Le Gouvernement wallon souhaite simplifier vos démarches administratives. Si vous le souhaitez, vous pouvez nous donner votre avis sur le formulaire que vous venez de lire ou de compléter. Cela nous permettra de mieux connaître vos attentes.

Vous avez pu trouver le formulaire qui vous concernait

- Très facilement
- Facilement
- Difficilement
- Très difficilement

Exemple / commentaire

La compréhension du formulaire (style, vocabulaire, syntaxe) était

- Très facile
- Facile
- Difficile
- Très difficile

Exemple / commentaire

Vous avez trouvé la présentation du formulaire (mise en page, caractères utilisés, graphisme, ...)

- Très agréable
- Agréable
- Peu agréable
- Pas agréable du tout

Exemple / commentaire

Vous avez trouvé la structuration du formulaire (type de questions, ordre des questions, ...)

- Très logique
- Logique
- Peu logique
- Pas logique du tout

Exemple / commentaire

Vous avez pu obtenir les informations demandées par le formulaire

- Très facilement
- Facilement
- Difficilement
- Très difficilement

Exemple / commentaire

L'utilisation du formulaire électronique (présentation, navigation, fonctionnalités, ...) et de son environnement Internet (création de l'espace personnel, sauvegarde, soumission, suivi, ...) était

- Très facile
- Facile
- Difficile
- Très difficile

Exemple / commentaire

Vos autres remarques

MERCI pour votre participation !