## QUESTIONNAIRE SERVICE DE SANTE MENTALE - SSM

## 

## Ordonnance du 17/07/1997relative à l'agrément et aux subventions des services de santé mentale

## Arrêté du Collège du 7/05/1998 réuni relatif aux procédures et normes d'agrément, à l'octroi de subventions et aux conventions concernant les services de santé mentale

## 

**\*** *Pour le traitement optimal de votre demande, il est nécessaire de répondre à* ***toutes les questions*** *reprises dans ce questionnaire.*

* **Si la demande se fait par voie postale: veuillez envoyer les documents dans l'ordre repris ci-dessous à l'adresse suivante (les documents peuvent être enregistrés sur une clé USB mais pas dans un fichier zip):**

Vivalis administration de la Commission communautaire commune

Direction Santé et Aide aux Personnes

Rue Belliard 71, boîte 1

1040 Bruxelles

Dans un souci de sécurisation des données, veuillez protéger la clé USB par un mot de passe et communiquer ce dernier par email aux agents de la Cocom une fois la clé envoyée. Nous vous conseillons dans la mesure du possible, de venir déposer la clé USB dans les locaux de la Cocom.

* **Si la demande se fait de façon numérique (via IRISbox), les documents peuvent directement être téléchargés dans cette application**
* **Vous pouvez également introduire votre demande accompagnée des documents justificatifs par courrier électronique à l'adresse suivante :** [**agrements-erkenningen@vivalis.brussels**](mailto:agrements-erkenningen@vivalis.brussels)

|  |  |
| --- | --- |
| **0 0 X** | < Kleef hier de barcode /  Coller ici le code barre> |
| **CCCGGC-SCC-001** | |

**DEMANDE D'AGREMENT OU DE RENOUVELLEMENT D'AGREMENT**

**Partie A**

1. **Généralités**

|  |  |
| --- | --- |
| **Nom de l’institution** |  |
| Numéro d’agrément de l'institution- *si connu* |  |
| Forme juridique |  |
| Numéro d'entreprise (BCE) |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Adresse du service |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |
| Site internet |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Identification du pouvoir organisateur |  |
| Nom des personnes habilitées à représenter le service |  |

1. **Coordonnées de la personne responsable du fonctionnement du service** *(direction médicale et/ou coordination générale du service)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

1. **Coordonnées de la personne de contact** *(si différentes de celles du coordinateur général /directeur médical)*

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et prénom |  |
| Fonction |  |
| Email |  |
| Téléphone |  |

1. **Informations sur la demande**

|  |  |
| --- | --- |
| Type de demande | Agrément  Agrément provisoire  Renouvellement d’agrément |
| Commentaire(s) éventuel(s) |  |

**Partie B - Normes d'agrément**

1. **Equipes**

*Veuillez compléter le tableau ci-dessous avec le nom et prénom, la fonction, la qualification/ formation et le temps de travail de chacun des membres de l'équipe pluridisciplinaire (en mentionnant les réductions de temps de travail 45+, 50+, 55+ et autres dispenses de prestation comme les maladies de longue durée, les écartements prophylactiques etc.).*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Fonction | Nom et prénom | Formation/ qualification + *Equipe****\*\**\*** | Temps de travail (ETP) | Réduction de temps de travail ou autre dispense de prestation |
| *Psychiatrique / Pédopsychiatrique* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Psychologique* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Sociale* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Accueil - secrétariat* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Complémentaires* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| *Autres* |  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Le SSM accueille -t-il des enfants et des adolescents ? | Oui  Non |

***\*\*\**** *Si oui, veuillez préciser dans le tableau ci-dessus, et pour chaque membre du personnel, s'il fait partie de l'équipe* *spécialisée dans la prise en charge des enfants et adolescents ou de l'équipe pluridisciplinaire minimale.*

1. **Direction médicale et coordination générale du service**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et Prénom de la personne chargée de la direction médicale du service |  |
| Nom et Prénom de la personne chargée de la coordination générale du service |  |

1. **Normes fonctionnelles**

|  |  |
| --- | --- |
| Organisation de la permanence d'accueil (accueil dans les locaux/ accueil téléphonique et horaires) |  |
| Heures d'ouverture du service |  |

* Avez-vous des remarques à formuler sur les points abordés précédent ?
* Avez-vous d'autres éléments à communiquer dans le cadre de cette demande ?
* Veuillez joindre à cette demande les documents demandés.

Date et signature de la ou des personnes habilitée(s) à représenter le service

**DOCUMENTS JUSTIFICATIFS A TRANSMETTRE POUR UNE DEMANDE D'AGREMENT OU DE RENOUVELLEMENT D'AGREMENT**

* **Les statuts actualisés** publiés au Moniteur Belge et la liste des membres de l'assemblée générale et du conseil d'administration (s'il s'agit d'une association sans but lucratif) ;
* **Une note** spécifiant de quelle manière il est répondu aux dispositions des articles 5 à 12 de l'ordonnance et détaillant avec précision les missions générales ainsi que le ou les projets spécifiques assumés par le service ;
* Une copie des **accords de partenariat et des conventions de collaboration** existants ;
* Un document décrivant le **territoire desservi** par le service de santé mentale ;
* Une attestation en matière de **sécurité-incendie** délivrée par le bourgmestre datant de moins d'un an et certifiant que la réglementation applicable en la matière est respectée ;
* Le **rapport des pompiers** en matière de sécurité incendie ;
* Un document attestant que le service a souscrit **une assurance** en responsabilité civile et professionnelle et est couvert pour l'année en cours ;
* **Les plans** des différents locaux du service et l'identification de leur destination ;
* Une copie du **contrat de location ou d'un acte d'achat** ou portant un autre droit réel relatif au bien où le service exercera ses activités.

**LISTE NON EXHAUSTIVE DES DOCUMENTS COMPLEMENTAIRES QUI VOUS SERONT DEMANDES DANS LE CADRE DE LA VISITE DE CONTRÔLE**

* Les PV des deux dernières **réunions trimestrielles** entre le pouvoir organisateur et le personnel du service ;
* Les PV des deux dernières **réunions entre les membres de l'équipe**.

**Le dossier ainsi constitué est certifié sincère, complet et conforme.**