

## – DOSSIER DE CANDIDATURE –

### EXPERIMENTATION REGIONALE DE LA SOLUTION CARELIB

Sécurisation des résidents et détection des chutes en  
Établissement médico-social

#### 1. Présentation de l'établissement candidat

Nom de l'établissement :	
Adresse :	
Département :	<input type="checkbox"/> 04 <input type="checkbox"/> 05 <input type="checkbox"/> 06 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 83 <input type="checkbox"/> 84
Statut juridique :	
Typologie de l'établissement :	<input type="checkbox"/> Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) <input type="checkbox"/> Résidences autonomie
Le nombre de résidents / places :	
Nom du directeur de l'établissement :	

#### 2. Référent interne de l'expérimentation

Nom et prénom du référent :	
Fonction dans l'établissement :	
Téléphone :	
Mail :	

### 3. Motivation de la candidature

Avez-vous déjà connaissance de la solution CARELIB ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Votre établissement est-il équipé d'un Dossier Usager Informatisé (DUI) ? :	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, veuillez préciser le nom du DUI utilisé :	<input type="checkbox"/> TitanLink <input type="checkbox"/> Autre :
Pourquoi souhaitez-vous participer à cette expérimentation ? :	
Quels sont vos besoins identifiés en termes de sécurité rencontrés (chutes, errance, surveillance nocturne, etc.) ? :	

### 4. Contexte de l'établissement

Présentez en quelques lignes votre établissement (organisation, publics accueillis, projets en cours, démarche qualité, transformation numérique, etc.) :	
---	--

### 5. Engagement et conditions techniques

<input type="checkbox"/> Je confirme que l'établissement est en mesure de participer à l'expérimentation pour une durée de six (6) mois, selon le calendrier défini par le GÉrontopôle Sud.
<input type="checkbox"/> Je reconnais avoir pris connaissance des annexes relatives aux prérequis techniques et atteste que l'établissement dispose des éléments requis.

Je reconnais avoir pris connaissance des annexes relatives aux « CGU CARELIB & conditions » ainsi qu'aux responsabilités de l'établissement, et en accepter l'ensemble des termes.

J'accepte la collecte et l'exploitation des données d'usage de la solution CARELIB, la participation aux questionnaires et aux bilans intermédiaire et final, ainsi que le partage des données dans le respect du RGPD.

### Date et signature du représentant légal

Date de dépôt de la candidature :

Nom et fonction du signataire :

Signature et cachet de l'établissement :