

## COVID-19 : SOUTIEN À L'HÉBERGEMENT DES SOIGNANTS DES HÔPITAUX NORMANDS - PROCEDURE DE DEMANDE DE PRISE EN CHARGE DES FRAIS

### *Qui est concerné ?*

Soignants recrutés par un établissement hospitaliers **en renfort** dans le contexte de la COVID 19 du 18 Novembre à la date de fin de crise sanitaire.

**Une attestation devra être complétée par l'Établissement Hospitalier employeur (modèle joint)**

### *Quels frais sont remboursés ?*

Sont remboursés les frais de nuitée, de restauration ou de conciergerie dès lors qu'ils seront facturés par l'hôtel dans la limite de 100 €/JOUR/SOIGNANT

### *Qui choisit l'hôtel ?*

L'hôtel sera choisi par l'établissement hospitalier recruteur qui transmettra au soignant.

### *Qui dépose la demande de paiement ?*

A partir du 18 Novembre la demande de paiement en ligne est déposée par l'hôtelier de sur :

<https://aides.normandie.fr> / rubrique AMENAGEMENT DU TERRITOIRE – SANTE «Soutien hébergement soignants – COVID 19 »

Pour déposer en ligne l'hôtelier devra se munir de :

- Numéro de SIRET
- Extrait K Bis
- Attestation de l'hôpital recruteur précisant la durée de la mission dans le contexte de la crise sanitaire liée au Covid-19
- **Devis, établi au nom de la Région**, du coût journalier de l'hébergement et d'autres prestations de repas et conciergerie qui pourraient être proposées et facturées par l'hôtel, indiquant l'identité du soignant ou des soignants concernés.
- Un RIB

### *A qui seront adressés les devis et la factures ?*

Les devis et factures seront adressés directement à la Région Normandie qui règlera par acompte (60% du devis) et factures réelles qui détailleront les prestations.

### *Contacts :*

Mail : hotels-soignants-COVID19@normandie.fr

**COVID 19**  
**SOUTIEN A L'HEBERGEMENT DES SOIGNANTS**  
**DES HOPITAUX NORMANDS**

**ATTESTATION**

Je soussigné(e), « *nom de la personne autorisée à signer les attestations* », « *qualité de la personne autorisée à signer les attestations* », atteste que « *nom et prénom du soignant recruté* » en tant « *profession du soignant* », a intégré « *dénomination de l'Etablissement Hospitalier* » sur la base d'un contrat à durée déterminée établi du ..... au ..... pour faire face à l'épidémie de COVID 10.

Nombre de semaines : .....

Nombre de nuitées : .....

Fait, pour servir et valoir ce que de droit,

**CACHET DE L'ETABLISSEMENT HOSPITALIER**

**QUALITE DU SIGNATAIRE**

**SIGNATURE**