Demande d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation

ATOUTS PRÉVENTION Rhône-Alpes

l'Assurance Maladie

1 Vous-même

Madame ☐ **Monsieur** ☐ **Votre nom de famille (nom de naissance)** : .....

Votre nom d'usage *(facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital)* **:** .....

Vos prénoms *(soulignez votre prénom courant)* **:** .....

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| **Courriel :** .....

Téléphone *(NÉCESSAIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)* **:** |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Vous n'avez pas de numéro de téléphone *(merci de cocher la case suivante)* ☐

Votre adresse : .....

Code postal : |_|_|_|_|_| **Commune :** .....

Votre n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Êtes-vous ressortissant Carsat ☐ **Msa** ☐ **Rsi** ☐ **Mines** ☐

Si vous êtes retraité, merci d'indiquer la caisse qui verse votre retraite : .....

2 Votre situation de famille

Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ En concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐

Nombre d'enfants au foyer : |_|_|

3 Votre conjoint(e) ou partenaire pacsé(e) ou concubin(e)

Son nom de famille *(nom de naissance)* **:** .....

Son nom d'usage *(facultatif et s'il y a lieu : ex. nom marital)* **:** .....

Ses prénoms *(soulignez le prénom courant)* **:** .....

Son n° de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| |_|_|

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_| **En cas de décès, précisez la date :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Est-il/elle ressortissant(e) du régime général Cnav, Carsat ☐ **Msa** ☐ **Rsi** ☐ **Mines** ☐

Si oui, indiquer la caisse qui verse sa retraite : .....

Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? : **Oui** ☐ **Non** ☐

4 Votre situation au regard des aides

▶ **Percevez-vous une aide au titre de la dépendance ?**
Allocation personnalisée d'autonomie (APA) **ou** Prestation spécifique dépendance (PSD) **:** **Oui** ☐ **Non** ☐

▶ **Percevez-vous une aide au titre du handicap ?**
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) **ou**
Prestation de compensation du handicap (PCH) ou Majoration pour tierce personne (MTP) **:** **Oui** ☐ **Non** ☐

▶ **Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez l'une de ces aides :** |_|_|_|_|_|_|_|_|

Précisez si pour ces aides :

- **vous n'avez pas déposé de demande** ☐ **votre demande est en cours d'instruction** ☐
- **votre demande a été rejetée (*)** ☐ **vous en avez refusé l'attribution** ☐

▶ **Percevez-vous une aide au titre du maintien à domicile par un autre organisme ? :** **Oui** ☐ **Non** ☐

Si oui, précisez l'organisme (CAF, Assurances, Mutuelle...) : .....

(*) Si la case est cochée, merci de joindre la copie de la notification de rejet à la présente demande

5 Avez-vous une complémentaire santé *(assurance, mutuelle, prévoyance...)* ?

Oui ☐ *(Merci de renseigner les informations ci-dessous)* **Non** ☐ *(passer directement à la rubrique 6)*

Nom de l'organisme : .....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? : **Oui** ☐ **Non** ☐ **Ne sais pas** ☐

6 Vos ressources (mention obligatoire)

▶ **Indiquez ci-dessous le montant mensuel des ressources de votre foyer en référence au revenu brut global figurant sur votre dernier avis d'imposition** *(pension de retraite, revenus fonciers, immobilier,...)*: .....

.....

Réf. APRA015 - 11/2015

Demande d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation

7 Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

▶ Vous pouvez indiquer, si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Courriel : .....

Cette personne est : un membre de votre famille, un ami, un proche ☐ votre tuteur ou curateur ☐

8 Dispositif d'accompagnement préconisé *(à remplir par l'établissement de santé)*

Bénéficiaire du programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO : Oui ☐ Non ☐

Patient non retraité ☐ Patient retraité en GIR 5/6 ☐

▶ Date de l'hospitalisation : |_|_|_|_|_|_|_|_|

▶ Nom de l'établissement : .....

Nom et qualité du référent à contacter : .....

.....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

▶ Date prévisionnelle de retour au domicile : |_|_|_|_|_|_|_|_|

▶ Préconisations pour le retour à domicile :

Cachet de l'établissement et signature :

Type de prestation	Période	Période
☐ Aide à domicile*	du |_|_|_|_|_|_|_|_|	au |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Télé-assistance *réservées aux retraité(e)s*	du |_|_|_|_|_|_|_|_|	au |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Portage de repas	du |_|_|_|_|_|_|_|_|	au |_|_|_|_|_|_|_|_|
☐ Aides techniques *réservées aux retraité(e)s* *(barre d'appui, siège douche…)* :	du |_|_|_|_|_|_|_|_|	au |_|_|_|_|_|_|_|_|

* Service d'aide à domicile retenu (obligatoire) : .....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande.

Je m'engage à :

- faire intervenir un service d'aide à domicile conventionné
- utiliser le montant versé pour financer les aides nécessaires lors de mon retour à domicile
- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- faciliter toute enquête.

J'accepte que mon dossier et l'ensemble des informations qu'il comporte soient transmis à un autre organisme conventionné avec la Caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : ..... Le |_|_|_|_|_|_|_|_|

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses. Ce droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du Directeur de votre caisse d'affiliation.

La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art. L114-13 du code de la sécurité sociale, arts 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal).

En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues ou non, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la sécurité sociale.

Votre signature :

Réalisation Atouts Prévention Rhone-Alpes - impression Carsat RA

www.atoutsprevention-ra.fr

Réf. APRA015 - 11/2015