

## **AIDE AU RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION**

A transmettre avant le retour à domicile

### **1) Vous-Même**

Madame    Monsieur (1)    Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom ; indiquez-le : .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Votre NIA : .....

Votre date de naissance : .....

Votre numéro de téléphone (si vous n'avez pas le téléphone, indiquez-le) : .....

Votre adresse mail : .....

Votre adresse : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Pays : .....

### **2) Votre situation de famille (1)**

Vous êtes : - célibataire    - veuf (ve)    - séparé(e)    - divorcé(e)

Si vous vivez en couple : - vous êtes marié(e)    - Pacsé (e)    - vous vivez en concubinage

### **3) Votre conjoint (e) ou partenaire de Pacs ou concubin (e)**

Son nom : .....

Son nom d'époux / épouse : .....

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

Son numéro de Sécurité Sociale : .....

Sa date de naissance : ..... En cas de décès, précisez la date : .....

(1) Entourer la/les réponse(s)

### **4) Votre situation au regard des aides légales versées par le Conseil Général**

Attention : sans le remplissage de cette rubrique, votre demande ne pourra être traitée

Percevez-vous l'une de ces aides ? (1)

- allocation personnalisée d'autonomie (APA)
- Prestation spécifique dépendance (PSD)
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- Prestation compensatoire du handicap (PCH)

Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez ces aides : .....

Si non, précisez si, pour ces aides, (1)

- vous n'avez pas demandé de demande
- votre demande est en cours d'instruction
- votre demande a été rejetée
- vous en avez refusé l'attribution

### **5) Vos ressources**

Indiquez ci-dessous le montant mensuel de vos ressources (comprenant le cas échéant les revenus perçus par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS) : ..... €

### **6) Personne à contacter pour le suivi de votre dossier**

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

E-mail : .....

N° de téléphone : .....

Cette personne est (1) :

- un membre de votre famille, un ami, un proche
- votre tuteur ou curateur

### **7) Votre demande**

Date d'hospitalisation : .....

Date prévisionnelle de retour à domicile : .....

### **8) Pièces justificatives**

- Photocopie de votre bulletin de pension
- Relevé d'identité bancaire (RIB)

## 9) CHOIX DU PRESTATAIRE

Les interventions seront effectuées par (merci de cocher la case correspondante):

Une société ou association (préciser le nom et les coordonnées)

OU

Une personne que vous emploierez en CESU

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

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint, ainsi que tout changement de domicile
- à faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP et de la PCH
- à régler à la caisse les sommes éventuellement versées à tort
- à faciliter toute enquête

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

Fait à : ..... Le .....

Signature :

## TRANSMISSION D'UNE DEMANDE D'ARDH

A renseigner par l'établissement

### 1) Identification du demandeur

NIA: .....

Nom, prénom : .....

Important : la présente demande concerne un retraité, qui, après sa convalescence, devrait retrouver un niveau d'autonomie suffisant pour correspondre aux critères des GIR 5 et 6

### 2) Identification de l'établissement

Nom de l'établissement : .....

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

E-mail : .....

N° téléphone : ..... Fax : .....

### 3) Préconisations pour le retour à domicile

Type de prestation (cocher la prestation)	Période	Quantité pour la période	Tarif unitaire (facultatif)	Coût (facultatif)
<input type="checkbox"/> Aide à domicile				
Indiquer le mode d'intervention préconisé (1) : - Gré à gré - Mandataire - Prestataire S'il est connu, indiquer le prestataire : ..... ..... .....	Au			
<input type="checkbox"/> Portage de repas	Au			
<input type="checkbox"/> Télé alarme	Au			
<input type="checkbox"/> Aides techniques : .....				
<input type="checkbox"/> Autres prestations : .....	Au			

Fait à ..... Le .....

Cachet de l'établissement et signature :