

DEMANDE D'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

pour les assurés de la région Centre-Val-de-Loire du Régime Général / MSA / Sécurité Sociale des Indépendants

Dispositif :

- ☐ Retraités ☐ Non retraités
☐ PRADO

Régime :



☐ Pour les non retraités de l'Indre-et-Loire : **Section locale** (MGEN, MNH)

À remplir par l'assuré

Bénéficiaire	Conjoint
☐ Madame ☐ Monsieur	☐ Madame ☐ Monsieur
☐ Marié ☐ Pacsé ☐ Concubinage ☐ Célibataire ☐ Veuf ☐ Divorcé	
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénoms :	Prénoms :
N° sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____/____	N° sécurité sociale : ____/____/____/____/____/____/____/____
Date de naissance : ____/____/____	Date de naissance : ____/____/____
Adresse : CP : Ville : Téléphone : ____/____/____/____/____ Adresse mail :@.....	Le conjoint est-il aidant ? ☐ Oui Si non, pourquoi ? ☐ Maladie ☐ Autres, préciser : Le conjoint perçoit-il une aide ? ☐ Oui Si oui, laquelle et pour quels types de besoins ? (présence d'enfants de moins de 16 ans au domicile avec allocations) N° allocataire CAF : Est-ce qu'il y a des enfants à charge (moins de 16 ans, vivant au domicile) ? ☐ Oui ☐ Non Combien ?

Personne à contacter pour le suivi du dossier (coordonnées d'une personne ressource)

Nom : Prénom :
Tél. : ____/____/____/____/____ Lien avec l'assuré :

Éléments complémentaires

Montant des ressources mensuelles du foyer :
Composition du foyer : ☐ Personne seule ☐ Couple ☐ Enfants ☐ Autres

Nature des ressources (RSA, IJ, invalidité, AAH...) :

Percevez-vous une aide ou avez-vous une demande d'aide en cours

au titre de : ☐ APA ☐ ACTP ☐ PCH ☐ MTP ☐ Aide sociale

Avez-vous une complémentaire santé (assurance, mutuelle, prévoyance ...) ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, nom de l'organisme :

Adresse mail :@.....

Téléphone : ____/____/____/____/____

Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? ☐ Oui Nbre d'heures : ____ ☐ Non

À remplir par l'établissement

Situation au regard de la sortie d'hospitalisation

Date d'entrée : ____/____/____ Date prévisionnelle de sortie : ____/____/____ GIR à la sortie :

Pronostic de récupération dans un délai de 3 mois : ☐ Oui ☐ Non

Critères de fragilité

- Déficience : ☐ Physique ☐ Motrice ☐ Sensorielle ☐ d'Orientation ☐ Psychique
- ☐ Vit à son domicile sans aide régulière de la famille ou de l'entourage
- ☐ L'état de santé relève de la chronicité sans lien avec l'hospitalisation
- ☐ L'état de santé résulte d'un accident causé par un tiers
- ☐ L'hospitalisation est en lien avec l'ALD

Les besoins identifiés pour le retour au domicile

Type de prestation (indiquer le prestataire)	Période	Préconisations pour la période
Aide à domicile : ☐ Toilette ☐ Ménage ☐ Courses ☐ Préparation des repas indiquer nom et coordonnées du prestataire :	Du : ____/____/____ Au : ____/____/____	heures/semaineheures/mois
☐ Portage de repas	Du : ____/____/____ Au : ____/____/____	Nbre :
Autres, préciser :		

Commentaires :

☐ J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et m'engage à signaler toute modification de ma situation, à régler les sommes éventuellement versées à tort, à faciliter toute enquête.

Fait à :

le : ____/____/____

Signature de l'assuré obligatoire

Nom, tél et qualité du référent à contacter :

.....

.....

Cachet de l'établissement :

Notice d'utilisation

Vous accompagnez actuellement un assuré social, ressortissant du Régime Général, du Régime Agricole, de la Sécurité Sociale des Indépendants, ou d'une section locale, dans la préparation de son retour à domicile après une hospitalisation.

S'il relève du dispositif PRADO, n'oubliez pas de cocher la case adéquate au recto.

Lorsqu'une situation, ou un risque, de fragilité particulière a été détecté par le personnel de l'établissement de santé ou qu'un besoin d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation a été exprimé par le patient ou son entourage proche, il est possible de solliciter :

- l'attribution d'une prestation d'action sociale favorisant le retour à domicile, sous condition de ressources,
- un accompagnement social à la sortie d'hospitalisation.

Il convient alors de compléter et de signer le formulaire avec le patient et :

- 1) de l'adresser par fax ou courriel **au service identifié en fonction de son département de résidence et du régime dont il est ressortissant** (un certificat médical est nécessaire pour les assurés des CPAM) – cf Annexe « Coordonnées"
- 2) et de l'adresser en parallèle à la **structure d'aide à domicile**