

## DISPOSITIF DE PRISE EN CHARGE D'AIDE AU MAINTIEN A DOMICILE HORS SORTIE D'HOSPITALISATION

► **Prestataire d'aide à domicile choisi par le demandeur**

Prestataire.....

Adresse : .....

Nom du référent : .....

Tel. .... Fax : .....

Courriel : .....

► **Identification du demandeur**

Nom : .....

Prénoms : .....

N° de Sécurité Sociale.....

Date de naissance.....

Adresse .....

.....

Téléphone.....

Prise en charge au titre d'une ALD :      Oui

Situation familiale : .....

► **Situation professionnelle** : Joindre le certificat d'arrêt de travail

.....

salarié                      accident de travail                      arrêt maladie

maladie de longue durée    invalidité                      demandeur d'emploi

autres (RSA, AAH...) : .....

Composition du foyer : .....

.....

.....

.....

► **Autres aides au maintien à domicile (patient ou conjoint)**

Conseil Général                       Mutuelle                       CAF                       ACTP

Majoration tierce personne                      Autres : .....

Si une demande est en cours, préciser la date de son dépôt : .....

► **Les ressources mensuelles du foyer** : Joindre le dernier avis d'imposition

► **Préconisations du médecin traitant** : Joindre **IMPERATIVEMENT** le certificat médical

Nombre d'heures/semaine et durée d'intervention :  
.....

► **Evaluation des besoins / Aides apportées par le service d'aide à domicile**

Mettre une croix dans les cases concernées

Lever	
Coucher	
Déplacements	
Toilette / habillage	
Préparation des repas	
Prise des repas	
Ménage	
Course	

► **Evaluation sociale**

Une évaluation sociale relative à la situation du demandeur sera réalisée par le réseau veille précarité de la CPAM des Hautes-Pyrénées dès réception du présent dossier complet.

J'atteste sur l'honneur que les renseignements contenus sur cette demande sont exacts.

Date

Signature assuré

Signature ou cachet du service d'aide à domicile

**Cadre réservé au service ASS de la CPAM des Hautes-Pyrénées**

Date de réception de la demande (dossier complet) : .....

Nombre d'heures/semaine accordées.....Période.....

Nombre total d'heures accordées.....

Participation horaire CPAM.....Participation horaire assuré.....

Coût total.....dont coût CPAM.....et Coût assuré.....

Refus - Motif.....  
.....

Signature Référent CPAM :

La Caisse Primaire d'Assurance Maladie des Hautes-Pyrénées dispose de moyens informatiques destinés à gérer les remboursements ou versements des prestations et à assurer la gestion des informations qui vous concernent. Conformément aux articles 39 et suivants de la loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant en s'adressant au Directeur de la CPAM des Hautes-Pyrénées.