



**l'Assurance
Maladie**



DEMANDE D'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

LE DEMANDEUR

Nom d'usage		Nom de naissance	
Prénom(s)		Date de naissance __/__/----	
Numéro de sécurité sociale - - - - -			
Situation administrative du demandeur		<input checked="" type="checkbox"/> Non retraité <input type="checkbox"/> Retraité	
Situation de famille du demandeur		<input type="checkbox"/> En couple (marié, pacsé, en concubinage) <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé ou séparé <input checked="" type="checkbox"/> Veuf	
Le conjoint/la conjointe du demandeur (marié, pacsé, concubin), à compléter s'il y a lieu	Nom d'usage		Nom de naissance
	Prénom(s)		Date de naissance __/__/----
	En cas de décès, précisez la date __/__/----		
	Numéro de sécurité sociale _ - - - - -		
	Est-il/elle hébergé(e) en établissement ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		

LES COORDONNÉES DU DEMANDEUR

Numéro de téléphone	
Adresse e-mail	
Adresse du lieu de résidence	
Code postal _____	Ville _____
Si concerné	Bâtiment __ Étage __ Digicode _____
Adresse de visite si différente du lieu habituel de résidence	

LA PERSONNE PROCHE À CONTACTER

À compléter si le demandeur est accompagné pour ses démarches administratives ou aidé dans sa vie quotidienne. La personne indiquée sera contactée en cas de question sur le dossier de demande. Important : elle doit avoir donné son accord pour que ses coordonnées soient communiquées sur ce formulaire.

Nom		Prénom	
Adresse			
Numéro de téléphone			
Lien avec le demandeur <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Ami <input type="checkbox"/> Voisin <input type="checkbox"/> Autre			

LES MESURES DE PROTECTION

Le demandeur fait-il l'objet d'une mesure de protection ?

Oui, la demande a été prononcée Non, mais une demande est en cours Non

LES AIDES DU DEMANDEUR

Cette rubrique permet d'identifier les aides perçues par le demandeur et de l'informer en cas de cumul non autorisé.


Le demandeur reçoit-il une ou plusieurs des aides listées ci-dessous (case à cocher)

<input type="checkbox"/>	Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	<input type="checkbox"/>	Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
<input type="checkbox"/>	Prestation de compensation du handicap (PCH)	<input type="checkbox"/>	Majoration pour aide constante d'une tierce personne (MTP)

LES REVENUS DU DEMANDEUR

Indiquez le montant mensuel des ressources de votre foyer (comprenant le cas échéant les revenus de votre conjoint, concubin, pacsé) :

À COMPLÉTER PAR L'ÉTABLISSEMENT DE SANTÉ

Prado : oui non 

Situation du demandeur	Date d'entrée __/__/----	GIR :
	Date prévisionnelle de sortie __/__/----	

Référént de l'établissement	Nom et prénom :	Téléphone :
	Fonction :	Adresse e-mail :

	Type de prestations	Prestataire prévu (nom et coordonnées)	Période	Estimation des besoins
Besoins identifiés pour le retour à domicile	<input type="checkbox"/> Aide à domicile		du __/__/---- au __/__/----	Nombre d'heures/semaine :
	<input type="checkbox"/> Portage de repas		du __/__/---- au __/__/----	Nombre de repas/semaine :
	<input type="checkbox"/> Aides techniques (barre d'appui...)	Nature :		
	<input type="checkbox"/> Autres prestations (téléalarme...)	Nature :		

Le demandeur bénéficie-t-il d'heures via sa complémentaire santé (mutuelle, assurance, prévoyance, etc.) ? Oui Non
Si oui, nombre d'heures :

Fait à : Le : __/__/----	Cachet de l'établissement et signature :
-----------------------------	--

LA SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRÉSENTANT

Je soussigné(e) : Madame Monsieur

Agissant : En mon nom propre En qualité de représentant légal de :

certifie exacts et complets les renseignements fournis dans le cadre de cette demande.

Je m'engage à signaler toute modification de ma situation, 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 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. Je suis informé(e) que toute fausse déclaration ou falsification de document, toute obtention usurpée d'un droit m'exposerait à des sanctions pénales et financières prévues par la loi.
Je donne mon consentement pour que ces données fassent l'objet d'un traitement informatique*.

J'accepte la mise en relation avec un intervenant social de ma caisse maladie ou de ma caisse de retraite Oui Non

Fait à : Signature :

Le : __/__/----

*Traitement des données personnelles

L'Assurance Retraite, l'Assurance Maladie, la Mutualité sociale agricole (MSA) et la CNRACL mettent en œuvre ce formulaire unique de demande d'aide au retour à domicile après hospitalisation afin de simplifier les démarches des personnes. Le traitement des informations recueillies sur ce formulaire est nécessaire à l'instruction et à la gestion de cette demande. Les personnes accédant à ces données sont les agents habilités au sein des caisses de l'Assurance Retraite, des caisses primaires d'assurance maladie et des caisses de la MSA ou des caisses de la CNRACL, ainsi que les professionnels qui participent à la prise en charge du parcours de la personne (médecins, hôpitaux, services d'aide à domicile, pôles territoriaux de l'autonomie, professionnels de santé, professionnels œuvrant dans le champ du social et du médico-social). Les données ne sont pas traitées au-delà des durées nécessaires à leur gestion et prévues par la réglementation en vigueur. La durée de conservation des données collectées est de cinq ans après l'obtention de la dernière aide.

Conformément au droit à la protection des données, vous disposez de droits sur vos données personnelles (droit d'accès, de rectification, d'opposition et à la limitation) que vous pouvez exercer auprès du délégué à la protection des données (DPO) ou auprès du directeur de l'organisme gestionnaire de l'aide demandée, dont vous trouverez les coordonnées sur le site dudit organisme. En cas de difficulté en lien avec la gestion de vos données, vous pouvez introduire une réclamation auprès de la Commission Nationale de l'Informatique et des libertés (CNIL).