

AIDE TEMPORAIRE

Aide aux seniors pour le retour à domicile
après une hospitalisation

Soumises à conditions de ressources

Sous réserve de remplir les conditions d'attribution, je souhaite bénéficier de l'aide aux seniors pour :

Des aides temporaires « sortie d'hospitalisation »

La demande doit être transmise **AU PLUS TARD 3 jours** après le retour à domicile

1. Ouvrant-droit :

Madame Monsieur Nom : Prénom :

Date de naissance : NIA :

Etes-vous retraité du régime général ? oui non

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Courriel : @

Adresse :

Code Postal : Commune :

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

Vous vivez en couple : vous êtes marié (e) vous avez conclu un pacs vous vivez en concubinage

2. Votre conjoint (e) ayant-droit :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Votre conjoint est-il : retraité du régime général ? oui non

Hébergé (e) en établissement ? oui non

3. Votre demande d'aide :

La demande concerne : Ouvrant-droit retraité de + de 55 ans

Ayant-droit conjoint retraité de + de 55 ans (sous condition d'être sans ressources)

Date d'hospitalisation :

Date prévisionnelle de retour à domicile :

4. Situation du demandeur au regard des aides légales :

Percevez-vous l'une de ces aides ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prestation spécifique dépendance (PSD)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Prestation de compensation du handicap (PCH)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>
Majoration pour tierce personne (MTP)	oui <input type="checkbox"/>	non <input type="checkbox"/>

Si **oui**, indiquez la date depuis laquelle vous percevez cette aide :

Et pour quelle prestation percevez-vous cette aide :

Si **non**, précisez si pour ces aides :

- Vous n'avez pas déposé de demande
- Votre demande a été rejetée.
- Votre demande est en cours d'instruction.
- Vous en avez refusé l'attribution.

5. 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 : _____ Prénom : _____

Numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) : _____

Courriel : _____ @ _____

Adresse : _____

Code Postal : _____ Commune : _____

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

6. Pièces justificatives obligatoires

Avant hospitalisation (si possible) :

- Votre dernier avis d'imposition
- Un bulletin CNIEG
- Un RIB/IBAN

Pendant l'hospitalisation :

- Ce formulaire complété par l'établissement

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

- À signaler toute modification de ma situation et celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- À 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.
- À rembourser à ma CMCAS les sommes éventuellement versées à tort,
- À faciliter toute enquête.

Fait à : _____ le _____

Signature :

Dates d'hospitalisation

DATE D'ENTRÉE :

DATE DE SORTIE :

1. Bénéficiaire de l'aide :

Nom : _____ Prénom : _____

Niveau d'autonomie / GIR à la sortie d'hospitalisation :

Pronostic de récupération GIR après 3 mois :

2. Identification de l'établissement :

Nom de l'établissement :

Nom, prénom du référent à contacter :

Courriel : _____ @ _____

Numéro de téléphone :

3. Préconisations pour le retour à domicile :

Type de prestation	Quantité pour la période
<input type="checkbox"/> Aide à domicile	Limitée à 54 h pour 3 mois
<input type="checkbox"/> Forfait prévention (détail ci-dessous)*	
Cadre de Vie et Sécurité à domicile	Mobilité et Lien Social
<input type="checkbox"/> Aide Technique €	<input type="checkbox"/> Aide à la Mobilité €
<input type="checkbox"/> Assistance et Sécurité €	<input type="checkbox"/> Aide aux Loisirs €
<input type="checkbox"/> Gros Travaux d'Entretien €	<input type="checkbox"/> Accompagnement informatique €
<input type="checkbox"/> Petits Travaux €	<input type="checkbox"/> Repas en Structure €
Soutien Personnalisé	Vie Quotidienne
<input type="checkbox"/> Mieux-Être €	<input type="checkbox"/> Livraison de Courses €
<input type="checkbox"/> Soutien Psychologique €	<input type="checkbox"/> Portage de Repas €
<input type="checkbox"/> Conseil en Prévention €	*Le cumul des forfaits ne peut excéder 300 € pour 3 mois
<input type="checkbox"/> Conseil en Gestion €	

Important : la présente demande concerne un pensionné qui, après sa convalescence, devrait retrouver un niveau d'autonomie suffisant pour correspondre aux critères d'intervention de la CMCAS (GIR 5 ou GIR 6).

Fait à :

Cachet de l'établissement et signature :

Le :