Carsat Retraite & Santé au travail — Pays de la Loire

Sécurité sociale — L'Assurance Retraite — Pays de la Loire

DEMANDE D'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

(à transmettre par télécopie au 02 51 72 81 89 avant le retour à domicile)

Identification du bénéficiaire (à compléter par l'assuré)

Nom de naissance . . . . . Nom marital . . . . . Prénom . . . . . .

Adresse . . . . . .

Code Postal . . . . . Ville . . . . . .

Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Tél ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Situation du demandeur : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Vie maritale ☐ Pacs

N° SS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ Caisse de retraite principale . . . . . .

Conjoint, nom de naissance . . . . . Nom marital . . . . . Prénom . . . . . .

Date de naissance ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ N° SS ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Aidant, nom . . . . . Qualité . . . . . Tél. ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐

Revenus mensuels du bénéficiaire ou du couple ☐☐☐☐ euros par mois

Percevez-vous ou avez-vous fait une demande ? Oui ☐ Non ☐

☐ Allocation personnalisée d'autonomie (APA)
☐ Prestation de compensation du handicap (PCH)
Si demande en cours, dossier déposé le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

☐ Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)
☐ Majoration pour tierce personne (MTP) ?

Situation au regard de l'hospitalisation (à compléter par l'Établissement)

Date d'entrée ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐ Date prévisionnelle de sortie ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

GIR au moment de la sortie d'hospitalisation ☐

Pronostic de récupération de l'autonomie dans un délai de 3 mois : OUI ☐ NON ☐

Critères de fragilité

Liés à une ou des déficience(s):

☐ physique ☐ motrice ☐ sensorielle ☐ d'orientation

☐ Vit seul(e) sans aide régulière de la famille ou de l'entourage

Commentaires

. . . . . .

. . . . . .

. . . . . .

Plan d'aide préconisé

Types de prestations (dans la limite de 1 800 € toutes prestations confondues)	**Période**	**Estimation des besoins**	**Coût estimé**
☐ Aide à domicile (prestataire uniquement) Préciser le nom du prestataire :	du ☐☐ ☐☐ ☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐	Heures / Semaine	
☐ Portage de repas Préciser le nom du service :	du ☐☐ ☐☐ ☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐	Repas / Semaine	
☐ Aide à l'hébergement (temporaire, accueil de jour ou de nuit)	du ☐☐ ☐☐ ☐☐ au ☐☐ ☐☐ ☐☐	Durée du séjour	
☐ Aides techniques (préciser la nature) :			

☐ **J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur 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.

Fait à : . . . . . .

Le ☐☐ ☐☐ ☐☐☐☐

Votre Signature :

ETABLISSEMENT

Personne à contacter et tél. :

Cachet et Signature :

La loi n° 78.17 du 6 janvier 1978 modifiée vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.
La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations en vue d'obtenir ou de tenter d'obtenir des avantages indus (art L 114-13 du code de la Sécurité sociale, art 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du code pénal). En outre, l'inexactitude, le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement de situation ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L 114-17 du code de la Sécurité sociale.