

DEMANDE D'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION NOTICE D'UTILISATION

QU'EST-CE QUE L'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION ?

Cette prestation favorise le retour à domicile en proposant une offre de services : portage de repas, aides techniques, téléalarme, aide-ménagère, etc.

Elle s'adresse à tout assuré social, sous conditions de ressources, nécessitant un accompagnement dans sa vie quotidienne à sa sortie d'hospitalisation.

Le besoin peut être identifié par l'équipe de l'établissement de santé et/ou exprimé par le patient ou son entourage.

Durée du dispositif : jusqu'à 3 mois

Ce dispositif n'est pas accessible aux bénéficiaires ou aux demandeurs d'une Allocation personnalisée d'autonomie (APA) et ne se substitue pas à l'Allocation personnalisée d'Autonomie (APA) accordée en urgence.

Si, avant l'hospitalisation, la personne âgée de 60 ans et plus rencontrait déjà des difficultés à réaliser seule certaines activités (exemple : se lever, s'habiller, faire sa toilette, se déplacer), elle doit être orientée vers le Conseil départemental.

À QUI ADRESSER LA DEMANDE ?

Avant la sortie d'hospitalisation du demandeur, et selon sa situation, le formulaire ci-joint dûment complété sera adressé :

Le demandeur n'est pas retraité		Le demandeur est retraité		
Régime général	Régime agricole	Régime général	Régime agricole	Collectivités locales et établissements publics hospitaliers
Cpam	MSA	Carsat/CGSS 	MSA 	CNRACL

Les assurés et retraités affiliés à la MSA et à la CNRACL devront joindre leur avis d'imposition au formulaire.



Dans la mesure où le formulaire contient des données sensibles comme le numéro de sécurité sociale du demandeur, il convient de veiller à un mode sécurisé de transmission.

QUEL EST LE CIRCUIT DE LA DEMANDE ?

PENDANT L'HOSPITALISATION :



Le service social de l'établissement

Il identifie le patient ayant besoin d'un accompagnement pour son retour à domicile et prépare avec lui un plan d'aide en concertation avec l'équipe médicale de son service.

Il accompagne le patient pour compléter le formulaire d'aide au retour à domicile après hospitalisation et le transmet à la caisse chargée de l'instruire selon la situation de l'assuré (assuré non retraité ou assuré retraité).

Il mobilise un prestataire d'aide à domicile.



Le conseiller Assurance Maladie Prado (CAM)

Si l'établissement a une convention Prado, le CAM présente au patient le dispositif préconisé et fait le lien avec le service social de l'établissement.



La caisse d'assurance maladie ou la caisse de retraite [régime général, agricole, collectivités locales et établissements publics hospitaliers]

Après instruction de la demande, elle informe l'assuré et/ou le service social de l'établissement ainsi que le prestataire qui interviendra à la sortie d'hospitalisation de son accord.

LORS DU RETOUR À DOMICILE :



Le service prestataire d'aide à domicile

Il intervient selon les préconisations du plan d'aide prévu durant l'hospitalisation.



L'intervenant social de la caisse en charge de la demande

Il prend contact avec l'assuré dans les jours qui suivent son retour à domicile et s'assure que les aides mises en place répondent à ses besoins. Il l'informe sur les droits et aides possibles et recherche avec lui les solutions les plus adaptées à sa situation.

CONTACTS LOCAUX

Le demandeur n'est pas retraité	Régime général	Action sanitaire et sociale Cpm	
	Régime agricole	Action sociale MSA	
Le demandeur est retraité	Régime général	Action sociale Carsat/CGSS	
	Régime agricole	Action sociale MSA	
	Collectivités locales et établissements publics hospitaliers	Action sociale CNRACL	www.cnracl.retraites.fr/retraite/aide-et-contact-retraite

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 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 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	
	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) 

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
 Prestation de compensation du handicap (PCH) 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 _/ _/ _
Date prévisionnelle de sortie _/ _/ _

GIR :

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

Type de prestations 	Prestataire prévu (nom et coordonnées)	Période	 Estimation des besoins
<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 : _____ Cachet de l'établissement et signature : _____
Le : _/ _/ _

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).