

ACTION SOCIALE

Aides aux séniors 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 séniors pour :

Des aides temporaires « sortie d'hospitalisation »

La demande doit être transmise au maximum 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) séparé(e) divorcé(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 Ayant-droit conjoint (sous condition d'être sans ressources)

Date d'hospitalisation :

Date prévisionnelle de retour à domicile :

4. Vos ressources :

Indiquez le montant mensuel des ressources de votre foyer : €

5. Situation du demandeur au regard des aides légales :

Percevez-vous l'une de ces aides ?

- Allocation personnalisée d'autonomie (APA) oui non
- Prestation spécifique dépendance (PSD) oui non
- Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) oui non
- Prestation de compensation du handicap (PCH) oui non
- Majoration pour tierce personne (MTP) oui non

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

Si oui, 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.

6. 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 :

Courriel :@.....

Adresse :

Code postal : Commune :

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

7. Pièces justificatives

Si la demande n'est pas transmise par l'établissement de soin :

- Bulletin de situation ou bon de sortie (justifie votre hospitalisation)

La CMCAS se réserve le droit de contrôler vos ressources, après le retour au domicile, en demandant l'avis d'imposition.

8. 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 :

ACTION SOCIALE
Aides temporaires
« Sortie d'hospitalisation »
(A renseigner par l'établissement)

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 :

N° de téléphone :

3. Préconisation pour le retour à domicile

Type de prestation	Période (maximum 3 mois)	Quantité pour la période
<input type="checkbox"/> Aide à domicile Indiquer le mode d'intervention : <input type="checkbox"/> Gré à gré <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Prestataire Nom du prestataire :		<i>Limitée à 54 h pour 3 mois</i>
<input type="checkbox"/> Forfait prévention : <input type="checkbox"/> Portage de repas <input type="checkbox"/> Livraison des courses <input type="checkbox"/> Aide au transport <input type="checkbox"/> Aide technique : <input type="checkbox"/> Autres : <i>Le cumul des forfaits ne peut excéder 300 € pour 3 mois</i>		

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 (GIR5 ou GIR6).

Fait à : le

Cachet de l'établissement et signature :

