

DEMANDE D'AIDE AU RETOUR À DOMICILE APRÈS HOSPITALISATION

pour les assurés de la région Centre-Val-de-Loire du Régime Général / MSA / Sécurité Sociale des Indépendants

Dispositif : Retraités Non retraités
 PRADO

Régime :    

Pour les non retraités de l'Indre-et-Loire : **Section locale** (MGEN, MNH)

À remplir par l'assuré	
Bénéficiaire	Conjoint
<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur	<input type="checkbox"/> Madame <input type="checkbox"/> Monsieur
<input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Pacsé <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Divorcé	
Nom de naissance :	Nom de naissance :
Nom d'usage :	Nom d'usage :
Prénoms :	Prénoms :
N° sécurité sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_	N° sécurité sociale : _/_/_/_/_/_/_/_/_/_
Date de naissance : _/_/_	Date de naissance : _/_/_
Adresse :	Le conjoint est-il aidant ? <input type="checkbox"/> Oui Si non, pourquoi ? <input type="checkbox"/> Maladie <input type="checkbox"/> Autres, préciser :
CP : Ville :	Le conjoint perçoit-il une aide ? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, laquelle et pour quels types de besoins ?
Téléphone : _/_/_/_/_/_	(présence d'enfants de moins de 16 ans au domicile avec allocations) N° allocataire CAF :
Adresse mail :@.....	Est-ce qu'il y a des enfants à charge (moins de 16 ans, vivant au domicile) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Combien ?
Personne à contacter pour le suivi du dossier (coordonnées d'une personne ressource)	
Nom : Prénom :	
Tél. : _/_/_/_/_/_ Lien avec l'assuré :	
Éléments complémentaires	
Montant des ressources mensuelles du foyer :	
Composition du foyer : <input type="checkbox"/> Personne seule <input type="checkbox"/> Couple <input type="checkbox"/> Enfants <input type="checkbox"/> Autres	
Nature des ressources (RSA, IJ, invalidité, AAH...) :	
Percevez-vous une aide ou avez-vous une demande d'aide en cours	
au titre de : <input type="checkbox"/> APA <input type="checkbox"/> ACTP <input type="checkbox"/> PCH <input type="checkbox"/> MTP <input type="checkbox"/> Aide sociale	
Avez-vous une complémentaire santé (assurance, mutuelle, prévoyance ...) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Si oui, nom de l'organisme :	
Adresse mail :@.....	
Téléphone : _/_/_/_/_/_	
Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? <input type="checkbox"/> Oui Nbre d'heures : _ _ _ <input type="checkbox"/> Non	

À remplir par l'établissement

Situation au regard de la sortie d'hospitalisation

Date d'entrée : ___/___/_____ Date prévisionnelle de sortie : ___/___/_____ GIR à la sortie :

Pronostic de récupération dans un délai de 3 mois : Oui Non

Critères de fragilité

Déficiences : Physique Motrice Sensorielle d'Orientation Psychique

Vit à son domicile sans aide régulière de la famille ou de l'entourage

L'état de santé relève de la chronicité sans lien avec l'hospitalisation

L'état de santé résulte d'un accident causé par un tiers

L'hospitalisation est en lien avec l'ALD

Les besoins identifiés pour le retour au domicile

Type de prestation (indiquer le prestataire)	Période	Préconisations pour la période
Aide à domicile : <input type="checkbox"/> Toilette <input type="checkbox"/> Ménage <input type="checkbox"/> Courses <input type="checkbox"/> Préparation des repas indiquer nom et coordonnées du prestataire :	Du : ___/___/___ Au : ___/___/___heures/semaineheures/mois
<input type="checkbox"/> Portage de repas	Du : ___/___/___ Au : ___/___/___	Nbre :
Autres, préciser :		

Commentaires :

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande et m'engage à signaler toute modification de ma situation, à régler les sommes éventuellement versées à tort, à faciliter toute enquête.

Fait à :

le : ___/___/_____

Signature de l'assuré obligatoire

Nom, tél et qualité du référent à contacter :

.....

.....

Cachet de l'établissement :

Notice d'utilisation

Vous accompagnez actuellement un assuré social, ressortissant du Régime Général, du Régime Agricole, de la Sécurité Sociale des Indépendants, ou d'une section locale, dans la préparation de son retour à domicile après une hospitalisation.

S'il relève du dispositif PRADO, n'oubliez pas de cocher la case adéquate au recto.

Lorsqu'une situation, ou un risque, de fragilité particulière a été détecté par le personnel de l'établissement de santé ou qu'un besoin d'accompagnement à la sortie d'hospitalisation a été exprimé par le patient ou son entourage proche, il est possible de solliciter :

- l'attribution d'une prestation d'action sociale favorisant le retour à domicile, sous condition de ressources,
- un accompagnement social à la sortie d'hospitalisation.

Il convient alors de compléter et de signer le formulaire avec le patient et :

- 1) de l'adresser par fax ou courriel **au service identifié en fonction de son département de résidence et du régime dont il est ressortissant** (un certificat médical est nécessaire pour les assurés des CPAM) – cf Annexe « Coordonnées »
- 2) et de l'adresser en parallèle à la **structure d'aide à domicile**