Action sociale – Demande d'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) (à transmettre avant le retour à domicile)

Article L222-1 (modifié par Ordonnance n°2010-177 du 23 février 2010 - art. 24)

cerfa
Imprimé provisoire

1 Vous-même

Madame ☐ **Monsieur** ☐

Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

Vos prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Votre numéro de Sécurité Sociale

Etes-vous retraité du régime général ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez la caisse qui verse votre retraite du régime général : .....

Votre date de naissance

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre courriel : .....

Votre adresse : .....

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune : ..... Pays : .....

2 Votre situation de famille

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

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

3 Votre conjoint(e) ou partenaire PACS ou concubin(e)

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Son numéro de Sécurité Sociale

Sa date de naissance En cas de décès, précisez la date

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....

(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Est-il/elle retraité(e) du régime général ? : OUI ☐ NON ☐

Si oui, son n° de retraite |_|_| |_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4 Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous une aide du conseil général ?

- 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 ☐

Percevez-vous la majoration pour tierce personne (MTP) OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez la date depuis laquelle vous percevez ces aides :

Si non, précisez si pour ces aides :

☐ Vous n'avez pas déposé de demande. ☐ Votre demande est en cours d'instruction.

☐ Votre demande a été rejetée. ☐ Vous en avez refusé l'attribution.

5 Vos ressources

- Indiquez ci-dessous le montant mensuel de vos ressources (comprenant le cas échéant les revenus perçus par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS) :

..... €

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 : .....

Son adresse : .....

Code Postal |_|_|_|_|_| Commune : ..... Pays : .....

Son courriel : .....

Cette personne est :

☐ un membre de votre famille, un ami, un proche,

☐ votre tuteur ou curateur.

7 Votre demande

- Date de l'hospitalisation :
- Date prévisionnelle de retour au domicile :

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

Je m'engage :
- à signaler toute modification de ma situation et de 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 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.

Fait à : .....

Le

Votre 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. L114-13 du code de la Sécurité Sociale, arts 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 L114-17 du code de la Sécurité Sociale.

Action sociale - Transmission d'une demande d'ARDH

(A renseigner par l'établissement)

Identification du demandeur

NIR :

Nom, prénom : .....

Important : ***La présente demande concerne un retraité, qui après sa convalescence, devrait retrouver un niveau d'autonomie suffisant pour correspondre aux critères d'intervention de l'assurance retraite (GIR 5 ou 6)***

Identification de l'établissement

Nom de l'établissement .....

Nom, prénom du référent à contacter :.....

Courriel :.....

N° de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Préconisations pour le retour à domicile

Type de prestation	Période	Quantité pour la période	Tarif unitaire (facultatif)	Coût (facultatif)
☐ Aide à domicile prestataire S'il est connu, indiquer le prestataire :	/ / au / /			
☐ Portage de repas	/ / au / /			
☐ Téléalarme	/ / au / /			
☐ Aides techniques :				

Motif du signalement au Service social

☐ accès aux soins, accès aux droits .....
.....
.....

☐ maintien dans l'emploi, réinsertion professionnelle .....
.....
.....

☐ maintien à domicile .....
.....
.....

Fait à : .....Le

Cachet de l'établissement et signature

Carsat Centre
30 bd Jean-Jaurès - 45033 Orléans cedex 1