



> Action sociale interministérielle
Demande d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)
(à transmettre avant le retour à domicile)



1. Vous-même

Madame Monsieur Votre nom (de naissance) :

Votre nom d'époux ou 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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Votre date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Etes-vous pensionné(e) civil(e) ou ouvrier retraité(e) d'État ? Oui Non

Si oui, est-ce votre régime principal de retraite ? Oui Non **Nombre de trimestres validés :** |_|_|_|_|

Votre numéro de téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

(OBLIGATOIRE pour organiser la prise de rendez-vous et traiter votre demande)

Vous n'avez pas de numéro de téléphone (merci de cocher la case suivante) :

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 de Pacs ou concubin(e)

Son nom (de naissance) : Son nom d'époux ou d'épouse :

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) :

Son numéro de sécurité sociale : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Sa date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| En cas de décès, précisez la date : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

4. Votre situation au regard des aides légales versées par le Conseil général

(ATTENTION : sans le remplissage de cette rubrique, votre demande ne pourra être traitée)

Percevez-vous l'une de ces aides ?

• Au titre de la dépendance

Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ou Prestation spécifique dépendance (PSD) Oui Non

• Au titre du handicap

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) ou Prestation de compensation du handicap (PCH) 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) : €



> Action sociale interministérielle

Demande d'aide au retour à domicile après hospitalisation (ARDH)

(à transmettre avant le retour à domicile)



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 :

Adresse :

Courriel :

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

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 : |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

8. Pièces justificatives

Vous venez de remplir votre demande d'aide. Pour que votre dossier soit complet, vous devez obligatoirement joindre :

- une photocopie de votre bulletin de pension (brevet de pension de la Caisse des dépôts et consignations pour les ouvriers d'État retraités).
- Un relevé d'identité bancaire (RIB) ou de Caisse d'épargne (RICE).

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 et de la PCH ;
- 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 soit transmis à un autre organisme conventionné avec la caisse pour permettre l'instruction de ma demande.

Fait à :

Le |_|_|||_|_|||_|_|||_|_|

Votre signature :

La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art. L.114-13 du Code de la Sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1 et 441-7 du Code pénal).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 vous garantit un droit d'accès et de rectification pour les données que nous enregistrons à partir de vos réponses.



> Action sociale interministérielle
Transmission d'une demande d'ARDH



(à renseigner par l'établissement)

1. 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).

2. Identification de l'établissement

Nom de l'établissement :

Nom, prénom du référent à contacter :

Courriel :

N° de téléphone : | | | | | | | | | | | | | |

Fax : | | | | | | | | | | | | | |

3. Préconisations pour le retour à domicile

Type de prestation	Période	Quantité pour la période	Tarif unitaire (facultatif)	Coût (facultatif)
<input type="checkbox"/> Aide à domicile Indiquer le mode d'intervention préconisé : <input type="checkbox"/> Gré à gré <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Prestataire S'il est connu, indiquer le prestataire :	/ / au / /			
<input type="checkbox"/> Portage de repas	/ / au / /			
<input type="checkbox"/> Télé-alarme	/ / au / /			
<input type="checkbox"/> Aides techniques :				
<input type="checkbox"/> Autres prestations :	/ / au / /			

Fait à :

Le | | | | | | | | | | | |

Cachet de l'établissement et signature