

Carsat Alsace-Moselle

Action sociale

36, rue du Doubs - 67011 Strasbourg cedex 1

Fax. 03 88 65 23 86 - www.carsat-alsacemoselle.fr

DEMANDE D'AIDE AU RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION

DEMANDEUR

NOM.....PRENOM.....
 NOM DE NAISSANCE.....Date de naissance : __/__/__
 NIR
 ADRESSE.....
 N° DE TELEPHONE
 SITUATION DE FAMILLE : Célibataire Mariée Vie maritale Veuf(ve) Divorcé(e)

CONJOINT

NOM.....PRENOM.....
 NOM DE NAISSANCE.....Date de naissance : __/__/__
 NIR

ENTOURAGE

vit seul : OUI NON
 possibilité d'aide : OUI NON
 - par la famille : OUI NON
 - par le voisinage : OUI NON

Aides apportées par la tierce personne :
 (à préciser)

PERSONNE REFERENTE À CONTACTER POUR LE SUIVI DU DOSSIER

NOM
 ADRESSE
 N° TELEPHONELIEN DE PARENTE

VOTRE SITUATION AU REGARD DES AIDES LÉGALES

Percevez-vous une aide du conseil général ?

Allocation personnalisée d'autonomie (APA)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prestation spécifique dépendance (PSD)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>
Prestation de compensation du handicap (PCH)	OUI <input type="checkbox"/>	NON <input type="checkbox"/>

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 :

<input type="checkbox"/> Vous n'avez pas déposé de demande	<input type="checkbox"/> Votre demande est en cours d'instruction
<input type="checkbox"/> Votre demande a été rejetée	<input type="checkbox"/> Vous en avez refusé l'attribution

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) :€ €

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 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.

Fait à :

Le | | | | | | | | | |

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.

Votre signature :

DECISION DE LA CAISSE

Dossier suivi par :Téléphone :

ACCORD du.....au.....pour les prestations suivantes :

PRESTATIONS	MENAGE	LINGE	COURSES	AUTRES	TELE ALARME	PETITES AIDES TECHNIQUES	PORTAGES DE REPAS
HEURES MENSUELLESHHHH	X	articles :	Nb. mensuel :
COÛT SUR 3 MOIS€€€€	installation :€ abonnement :€€€

Coût total pour les 3 mois, toutes prestations confondues :€

La participation financière de la caisse est fixée à% des dépenses engagées dans la limite de ce montant.

REFUS

Motif de refus :

- compétence autre régime
- bénéficiaire de l'APA ou l'ACTP ou la PCH ou la MTP
- autre

Votre correspondant,