

DEMANDE D'ACCOMPAGNEMENT SOCIAL APRÈS HOSPITALISATION

 Dispositif PRADO : oui non retraité non retraité

Identification du bénéficiaire (à compléter par l'assuré)

Nom de naissance _____ Nom marital _____ Prénom _____

Adresse _____

Code Postal _____ Ville _____

Date de naissance Tél N° CAF

Situation du demandeur : Célibataire Marié Séparé Divorcé Veuf Vie maritale Pacs

N° SS Caisse de retraite principale _____

Adresse de messagerie* _____

Conjoint, nom de naissance _____ Nom marital _____ Prénom _____

Date de naissance N° SS

Aidant, nom _____ Qualité _____ Tél.

Revenus mensuels du foyer €/par mois

Nombre de personnes au foyer _____

Percevez-vous ou avez-vous fait une demande : APA ACTP PCH MTP À quelle date ?

Situation au regard de l'hospitalisation (à compléter par l'Établissement)

Date d'entrée Date prévisionnelle de sortie

GIR au moment de la sortie d'hospitalisation Pronostic de récupération de l'autonomie dans un délai de 3 mois : OUI NON

Critères de fragilité

Liés à une ou des déficiences : _____ Commentaires _____

physique motrice sensorielle d'orientation _____

Vit seul(e) sans aide régulière de la famille ou de l'entourage _____

Besoins identifiés

Types de prestations (dans la limite de 1 800 € toutes prestations confondues pour la Carsat)	Période	Estimation des besoins	Coût estimé
<input type="checkbox"/> Aide à domicile (prestataire uniquement) Préciser le nom du prestataire : _____	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Heures / Semaine	
<input type="checkbox"/> Portage de repas Préciser le nom du service : _____	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Repas / Semaine	
<input type="checkbox"/> Aide à l'hébergement (temporaire, accueil de jour ou de nuit) _____	du <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> au <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Durée du séjour	
<input type="checkbox"/> Aides techniques (préciser la nature) _____			
<input type="checkbox"/> Téléassistance			

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande. Je m'engage : à signaler toute modification de ma situation, 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.

* **J'accepte d'être contacté par SMS ou par courriel.**

Fait à : _____

ÉTABLISSEMENT

Le
Votre Signature :

Nom de la personne à contacter _____

Tél.

Mail : _____

Cachet et signature

Notice d'utilisation

Vous accompagnez actuellement un assuré social, ressortissant du Régime Général ou du Régime Agricole 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 ont été détectés 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 signer le formulaire au recto avec le patient. Vous devez l'adresser **accompagné systématiquement du dernier avis d'imposition de l'assuré** par fax ou courriel au Service d'Action Sociale de l'organisme de Sécurité sociale dont il est ressortissant (Carsat ou MSA).

Régime	Service	Courriel	Fax
Régime Général			
→ Le patient est retraité	Action Sociale Retraite	nantesbalasrardh@carsat-pl.fr	
→ Le patient est non retraité et réside en :	Action Sociale de la CPAM de :		
• Loire Atlantique	• Loire Atlantique	ssrilebeaulieu@carsat-pl.fr	—
• Maine et Loire	• Maine et Loire	solidarite.cpam-maineetloire@assurance-maladie.fr	—
• Mayenne	• Mayenne	contactass.cpam-laval@assurance-maladie.fr	—
• Sarthe	• Sarthe	samdomi72.cpam-lemans@assurance-maladie.fr	—
• Vendée	• Vendée	correspondant.ass.cpam-laroche@assurance-maladie.fr	—
Régime Agricole			
→ Si le patient réside en :	Action Sociale de la MSA de :		
• Loire Atlantique - Vendée	• Loire Atlantique - Vendée	actionsociale.blf@msa44-85.msa.fr	—
• Maine et Loire	• Maine et Loire	asspel@msa49.msa.fr	02 41 31 78 68
• Mayenne - Sarthe	• Mayenne - Orne - Sarthe	actionsociale@mayenne-orne-sarthe.msa.fr	02 33 31 41 43

Bon à savoir

Si toutefois le Régime saisi identifie, au moment de l'étude d'éligibilité à la prestation d'accompagnement de la sortie d'hospitalisation, qu'il n'est pas l'organisme compétent, **il réoriente le dossier du demandeur, dans les 48 heures** (par courriel ou fax), vers celui dont relève le patient.