Carsat Retraite & Santé au travail Midi-Pyrénées — Sécurité sociale L'Assurance Maladie MIDI-PYRÉNÉES — RSI Régime Social des Indépendants ma santé, ma retraite Midi-Pyrénées — msa santé famille retraite services Midi-Pyrénées Sud Midi Pyrénées Nord

☐ ARDH ☐ PRADO

AIDE AU RETOUR A DOMICILE APRES HOSPITALISATION

FICHE DE LIAISON

Articles L221-1 et L222-1 (modifiés par Ordonnance n° 2010-177 du 23 février 2010 – art. 24)

REGIME D'APPARTENANCE : ☐ MSA ☐ RSI ☐ REGIME GENERAL (CARSAT/CPAM)

PERSONNE HOSPITALISEE

Demandeur retraité ☐ **Demandeur en activité ☐**

Votre nom de naissance : ..... Votre nom marital : .....

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

Votre numéro de Sécurité Sociale : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre date de naissance : |__|__|__|__|__|__|__|__| Votre numéro de ☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Votre adresse : .....

Code postal : |__|__|__|__|__| Commune : .....

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

Son nom (*de naissance*) : ..... Nombre d'enfants au foyer : .....

Ses prénoms : .....

Son numéro de S S : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

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

Votre situation

Vous êtes : ☐ Célibataire ☐ Veuf(ve) ☐ Divorcé(e) ou séparé(e) ☐ En couple

Vivez-vous seul ? OUI ☐ NON ☐

Quelle a été la durée de votre hospitalisation ? .....

Avez fait une chute dans les 6 derniers mois ? OUI ☐ NON ☐

Vivez-vous habituellement avec une personne dépendante ? OUI ☐ NON ☐

Dans les 6 derniers mois, avez-vous vécu le décès d'un proche ? OUI ☐ NON ☐

Qui ? .....

Votre situation au regard des aides légales

Percevez-vous une aide au titre de la Dépendance ?

➢ Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) OUI ☐ NON ☐

Percevez-vous une aide au titre du Handicap ?

➢ Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP), Prestation de compensation du handicap (PCH) ou 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

Percevez-vous une aide au titre du maintien à domicile par un autre organisme ? OUI ☐ NON ☐

Si OUI, précisez l'organisme (CAF, Mutuelle,…) et **la période** :

Avez-vous une complémentaire santé (assurance, mutuelle, prévoyance …) ?

OUI ☐ (Merci de renseigner les informations ci-dessous) NON ☐ (passer directement à la rubrique suivante)

Nom de l'organisme : .....

Cette complémentaire propose-t-elle une aide après hospitalisation ? : OUI ☐ NON ☐ Ne sais pas ☐

Si oui, **précisez la période** de la prise en charge/de l'intervention : du |__|__|__|__|__|__|__|__| au |__|__|__|__|__|__|__|__|

Vos ressources mensuelles	**Pour la Carsat et le RSI : indiquez ci-contre le montant mensuel de vos ressources** (comprenant, le cas échéant, les revenus perçus par votre concubin ou partenaire PACS). Pour les déterminer : sur votre dernier avis d'imposition, diviser par 12 la ligne Revenu brut global. **Pour la Mutualité Agricole et la CPAM, joindre obligatoirement copie du dernier avis d'imposition.**
.....€	

Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

Nom, prénom : ..... Numéro de ☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Son courriel : .....

Cette personne est : ☐ un membre de votre famille, un ami, un proche ☐ Votre tuteur ou curateur

.../...

A REMPLIR PAR L'ORGANISME DEMANDEUR

➢ **N° Sécurité Sociale de la personne hospitalisée :** |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

NOM, Prénom : ……

Date de l'hospitalisation : |__|__|__|__|__|__|__|__| Date prévisionnelle de retour à domicile : |__|__|__|__|__|__|__|__|

Important : Si la présente demande concerne un retraité, après sa convalescence, il devra retrouver un niveau d'autonomie correspondant aux critères d'intervention de l'Action Sociale des Caisses (GIR 5 ou 6)

Pronostic de récupération de l'autonomie *: GIR 5 ou 6 à 2 mois : ☐ oui ☐ non

** si la demande émane d'une structure d'aide à domicile joindre obligatoirement le bulletin d'hospitalisation et pour les MSA, un certificat médical indiquant un pronostic de récupération à 2 mois.*

➢ **Identification de l'Etablissement de soins ou de la structure d'aide à domicile :**

NOM de la structure : …… Service : ……

NOM, prénom du référent à contacter :…… Adresse mail : ……

☎ : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__| Fax : |__|__|__|__|__|__|__|__|__|__|

Fait à : …… Le |__|__|__|__|__|__|__|__| **Signature et cachet de l'organisme demandeur**

➢ **Dispositif d'accompagnement préconisé pour le retour à domicile**

☐ **transport sanitaire** *(uniquement dans le cadre du dispositif PRADO)*

A remplir par l'Organisme demandeur		**A compléter par la Caisse**	
PRESTATIONS	PLAN D'AIDE PRECONISE	DECISION	
Aide à Domicile prestataire *Attention : pas de changement de prestataire autorisé*	Nombre d'heures: |__|__| Indiquer la structure choisie :	☐ **ACCORD** Nbre d'heures total: |__|__| Montant : …… €	Début de prise en charge : |__|__|__|__|__|__| Fin de prise en charge : |__|__|__|__|__|__| Taux de participation de l'assuré : ..... %
Portage de repas	☐ OUI ☐ NON Nom de l'intervenant : ……	Montant : |_____| €	
Téléalarme	☐ OUI ☐ NON Nom de l'intervenant : ……	Montant : |_____| €	
Protections d'hygiène	☐ OUI ☐ NON	Montant : |_____| €	
		Montant du plan d'aide accordé : |_____,____| €	
		☐ **REJET** Motif :	

CONTACTS POUR LA GESTION DU DOSSIER

	CARSAT	**RSI Salariés**	**RSI Retraités**	**MSA Midi-Pyrénées Sud**	**MSA Midi-Pyrénées Nord**
Tel	05 62 14 88 05 05 62 14 85 65	05 61 61 69 57 05 61 61 69 58	05 61 61 62 32 05 61 61 62 33	05 61 10 40 40	05 63 21 61 39
Mail	sortiehospit@carsat-mp.fr	ass.midipyrenees@rsi.fr		mps_actionsociale.blf@mps.msa.fr	mpnass.blf@mpn.msa.fr
Fax	05 62 14 26 93	05 61 61 68 51	05 63 47 05 50	05 61 10 40 95	05 63 21 62 64

	CPAM 65	**CPAM 12**	**CPAM 31**	**CPAM 32**	**CPAM 46**
Nom	Céline ALBERT & Christelle ZENTAR	Aline RIVIERE	Marie Mathilde GUERRE	Audrey ASCARGORTA	Jean-Luc TESTUT
Tel	05 62 51 75 46 & 05 62 51 76 93	05 65 77 60 76	05 61 14 93 68	05 81 67 11 68	05 65 20 86 08
Mail	celine.albert@cpam-tarbes.cnamts.fr christelle.zentar@cpam-tarbes.cnamts.fr	planir12@cpam-rodez.cnamts.fr	actionsanitaireetsociale@cpam-toulouse.cnamts.fr	solidarite@cpam-auch.cnamts.fr	actionsanitaireetsociale@cpam-cahors.cnamts.fr
Fax	05 62 51 75 51	05 65 77 61 19	05 61 14 92 88	05 62 05 39 27	05 65 20 86 09

	CPAM 09	**CPAM 81**	**CPAM 82**
Nom	Claude MARIS M-Hélène EYCHENNE	Céline SUDRE	Angélique BARAILLE
Tel	05 61 65 74 64 05 61 65 88 43	05 63 48 92 34	05 63 21 38 90
Mail	ass09@cpam-foix.cnamts.fr	ass81@cpam-albi.cnamts.fr	service.polesolidarite@cpam-montauban.cnamts.fr

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

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. L.114-13 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 L.114-17 du Code de la Sécurité Sociale.

Fait à : ……

Le |__|__|__|__|__|__|__|__|

Signature du demandeur :