

# Demande d'aide à domicile- Maladies chroniques- 50H – valable 3 mois

## Renseignements concernant l'assuré (e)

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

N° d'immatriculation : \_\_\_\_\_

Tél. : \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant le patient, si différent de l'assuré (e)

Conjoint ou concubin     Enfant majeur

Nom et prénom \_\_\_\_\_

Adresse (si différent de l'assuré(e)) : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sortie ou suite d'hospitalisation     Hospitalisation de jour

Ressources* des Bénéficiaires				Prestataire sollicité
<input type="checkbox"/> <b>Personne seule</b>		<input type="checkbox"/> <b>Couple</b>		_____ _____ <b>Nom Assistant Social :</b> _____
<input type="checkbox"/> n'est pas imposable <input type="checkbox"/> jusqu'à 25 000 € <input type="checkbox"/> jusqu'à 37 500 €  Montant du revenu fiscal de référence* : _____		Numéro de Sécurité sociale du conjoint : _____  <input type="checkbox"/> n'est pas imposable <input type="checkbox"/> jusqu'à 41 250€ <input type="checkbox"/> jusqu'à 50 000€  Montant du revenu fiscal de référence* : _____		
<input type="checkbox"/> Complémentaire Santé Solidaire <i>non contributive</i>  <input type="checkbox"/> AAH  <input type="checkbox"/> Invalidité		<input type="checkbox"/> Complémentaire Santé Solidaire <i>non contributive</i>  <input type="checkbox"/> AAH  <input type="checkbox"/> Invalidité		
<b>A compléter par l'établissement lors d'une sortie ou par le médecin traitant (prescription médicale)</b>  <input type="checkbox"/> <b>Demande d'intervention pour une aide à domicile</b>  A compter du : _____  <b>Cachet de l'établissement ou du médecin traitant (fournir un bulletin d'hospitalisation)</b> <i>Date et visa du prescripteur</i>		<b>A compléter par le prestataire</b>  <input type="checkbox"/> <b>Accord de prise en charge pour le service d'aide à domicile</b>  A compter du : _____  <b>Cachet</b> <i>Date et visa du prestataire</i>		<b>A compléter par l'assuré</b>  <input type="checkbox"/> <b>Autorisation de paiement</b>  L'assuré autorise la Caisse Primaire à effectuer le versement de l'aide accordée à la structure d'Aide-Ménagère désignée pour effectuer l'aide à domicile:  <b>Signature de l'assuré (obligatoire) :</b>