

ADH

ACCOMPAGNEMENT AU DOMICILE APRES HOSPITALISATION

AIDES FINANCIÈRES AU MAINTIEN À DOMICILE

AIDE SOCIALE



APA



AIDES AU LOGEMENT



ADH



ASIR



LES AIDES EXCEPTIONNELLES



DOSSIER BIEN VIEILLIR CHEZ SOI



MAJORATION TIERCE PERSONNE

Principe

Il s'agit d'une aide temporaire de 3 mois qui permet de favoriser le retour au domicile après une hospitalisation, sans condition de ressource.

L'ADH est cumulable avec un plan d'aide personnalisé de la CNAV (Bien vieillir) en cours.

Conditions

Vous devez :

- Avoir besoin d'aide à la suite d'une hospitalisation (urgence, HDJ, hospitalisation à domicile ou en établissement...);
- Demeurer en Essonne;
- Être retraité du régime général ou de la Fonction Publique d'Etat
- Être autonome en GIR 5 ou 6 ou en GIR 4 avec récupération
- Ne pas bénéficier ou avoir sollicité les aides suivantes (APA, ACTP, PCH, MTP)

Démarche

La demande doit être effectuée pendant votre hospitalisation ou au plus tard dans les 15 jours après votre sortie d'hôpital.

Il faut compléter le formulaire « signalement sortie d'hospitalisation » (à retrouver ci-dessous).

Le formulaire dûment rempli doit être renvoyé à l'adresse mail suivante : noa.eval@lm.univ.fr

Ce formulaire peut être complété par la personne elle-même ou un professionnel.

Après une évaluation globale de vos besoins réalisée par un professionnel à votre domicile, vous pouvez bénéficier :

- **D'heures d'accompagnement dans la limite de 54h pour des aides à domicile** (Entretien du logement et du linge, accompagnement à la toilette, aide à la préparation des repas, aide aux déplacements pédestres)
- **Des prestations de prévention prises en charge à 100% dans la limite de 300 €** (fris de livraison de portage, pédicurie, aides techniques...)
- **Des programmes de prévention:** bilan nutritionnel, ateliers collectifs...



01 85 23 00 50

Retrouvez l'ensemble des
fiches pratiques sur notre
site internet
www.clicnorddestessonne.fr



SIGNALEMENT SORTIE D'HOSPITALISATION

Le : / /

Etablissement	Département ESSONNE
Service social : Nom assistante sociale :	Service NOA Tél : 01 69 80 59 72 Du Lundi au vendredi de 8h30 à 17h30
Téléphone : Courriel :	ADH à transmettre à : NOA EVAL : noa.eval@lm.univ.fr

☐ PRADO

☐ ARDH

Personne concernée :

Nom d'usage :	Adresse :
Nom de naissance :	
Prénom :	
Date de naissance :	Téléphone :
Lieu de naissance :	
N° de SS :	

REFERENT LIEN :	Adresse
Nom	
Prénom	Téléphone

SITUATION AU TITRE DE L'ASSURANCE MALADIE / REGIME GENERAL UNIQUEMENT/CPAM 91

ALD ☐

AT-MP ☐

Accident grave ☐

SITUATION FAMILIALE

Vit seul ☐

En couple ☐

Avec autre entourage ☐

ADH : DATE DE SORTIE D'HOSPITALISATION
ASIR : motif de l'événement de rupture + date

Aides déjà en place avant la sortie d'hospitalisation :

Aide ménagère
Aide à domicile
Soins à domicile
Matériel médical

☐
☐
☐
☐

Télé alarme
Port de repas
Kiné
Autre

☐
☐
☐
☐

MEDECIN TRAITANT : OUI (si oui indiquer le nom du médecin) ☐

NON ☐

COMMENTAIRES :
