

ASIR

(AIDE AUX RETRAITÉS EN SITUATION DE RUPTURE)

AIDES FINANCIÈRES AU MAINTIEN À DOMICILE

AIDE SOCIALE



APA



AIDES AU LOGEMENT



ARDH



ASIR



LES AIDES
EXCEPTIONNELLES



DOSSIER BIEN VIEILLIR CHEZ
SOI



MAJORATION TIERCE
PERSONNE

Principe

Il s'agit d'une aide temporaire de 3 mois attribuée aux retraités nécessitant une prise en charge spécifique, liée à une situation de rupture, sans condition de ressources.

Objectif

Aider le retraité à faire face à une situation difficile afin d'améliorer ses conditions de vie à domicile et la mise en place d'un dispositif d'accompagnement destiné à lui permettre de préserver son autonomie

Motifs

Décès du conjoint ou d'un proche, placement du conjoint ou d'un proche en institution, déménagement...

Conditions

Vous devez :

- Avoir vécu une situation de rupture de moins de 6 mois
- Demeurer en Essonne
- Être retraité du régime général ou de la Fonction Publique d'Etat
- Être autonome en GIR 5 ou 6 ;
- Ne pas bénéficier ou avoir sollicité les aides suivantes (APA, ACTP, PCH, MTP)

Démarche

Pour toute demande d'ASIR en Essonne, il faut compléter le formulaire ci-dessous et l'envoyer par mail à la plateforme NOA EVAL : noa.eval@lm.univ.fr. La démarche peut être effectuée par la personne concernée, un proche 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**



01 85 23 00 50

Retrouvez l'ensemble des
fiches pratiques sur notre
site internet
www.clicnordestessonne.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 :
