



## 7 Personne à contacter pour le suivi de votre dossier

▶ Vous pouvez indiquer, si vous le souhaitez, les coordonnées d'une personne à contacter pour le suivi de votre dossier :

Nom et prénom : .....

Adresse : .....

N° de téléphone : ..... Courriel : .....

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

## 8 Dispositif d'accompagnement préconisé (à remplir par l'établissement de santé)

Bénéficiaire du programme d'accompagnement du retour à domicile PRADO : Oui  Non

Patient non retraité  Patient retraité en GIR 5/6

▶ Date de l'hospitalisation : .....

▶ Nom de l'établissement : .....

Nom et qualité du référent à contacter : .....

.....

Adresse mail : .....

N° de téléphone : ..... Fax : .....

▶ Date prévisionnelle de retour au domicile : .....

▶ Préconisations pour le retour à domicile :

Cachet de l'établissement  
et signature :

Type de prestation	Période	Période
<input type="checkbox"/> Aide à domicile*	du .....	au .....
<input type="checkbox"/> Télé-assistance réservées aux retraité(e)s	du .....	au .....
<input type="checkbox"/> Portage de repas	du .....	au .....
<input type="checkbox"/> Aides techniques réservées aux retraité(e)s (barre d'appui, siège douche...):	du .....	au .....

\* Service d'aide à domicile retenu (obligatoire) : .....

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

Je m'engage à :

- faire intervenir un service d'aide à domicile conventionné
- utiliser le montant versé pour financer les aides nécessaires lors de mon retour à domicile
- signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- faire connaître toute modification de ma situation au regard de la PSD, de l'APA, de l'ACTP, de la PCH et de la MTP,
- régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- 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.

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut être effectuée dans le cadre de l'exercice du droit de communication prévu par les articles L.114-19 à L.114-21 du code de la sécurité sociale.

Fait à : ..... Le .....

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. Ce droit d'accès et de rectification s'exerce auprès du Directeur de votre caisse d'affiliation.

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. L114-13 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 ou non, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L.114-17 du code de la sécurité sociale.

Signature :



www.atoutsprevention-ra.fr

