



# Action sociale

## Demande d'aide au retour à domicile après hospitalisation

Action sociale... soutien à domicile...  
Pouvoir vivre chez soi

Cette notice a été réalisée  
pour vous aider à compléter  
votre demande.

**Pour nous contacter :**

► consultez le site [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)



***L'Aide au Retour à Domicile après Hospitalisation (ARDH) est une prestation qui peut être attribuée aux retraités nécessitant une prise en charge spécifique, liée à une situation de fragilité particulière durant la période de convalescence après un passage en établissement de santé.***

***Vous trouverez ci-joint un formulaire de demande d'aide que vous devrez compléter et renvoyer à la caisse qui instruira votre dossier. Pour mieux connaître les conditions d'intervention de la Branche Retraite, reportez-vous aux informations ci-dessous.***

## **1 ▶ À qui l'ARDH peut-elle être attribuée ?**

Pour pouvoir bénéficier de l'ARDH, il faut :

- ▶ être retraité du régime général de la Sécurité Sociale,
- ▶ avoir exercé son activité professionnelle la plus longue au régime général.

**Attention : Vous ne pouvez pas bénéficier d'une aide de la Caisse :**

- ⇒ si vous percevez déjà ou si vous êtes éligible à la Prestation spécifique dépendance (PSD), l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA), l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP), la Prestation de compensation du handicap (PCH) ou la Majoration pour tierce personne (MTP),
- ⇒ si vous êtes hébergé(e) dans une famille d'accueil.

## **2 ▶ Quelle est la participation financière de la caisse ?**

L'ARDH est une aide de courte durée destinée à prendre en charge une partie du coût des services mis en place lors de votre retour à domicile après une hospitalisation : *séjour dans un établissement de soins, passage aux urgences, intervention en ambulatoire avec retour au domicile le soir même, hospitalisation à domicile sous la supervision d'un établissement de santé...*

La Caisse peut prendre en charge différentes formes d'aide pour faciliter le retour à domicile :

- ▶ des services à domicile (l'entretien du logement, les courses, la préparation des repas...),
- ▶ d'autres types de services (portage de repas, téléalarme),
- ▶ la réalisation de petits travaux d'aménagement du logement afin de prévenir la perte d'autonomie.

Après l'étude de votre situation et l'évaluation de vos besoins, ces aides pourront vous être proposées en fonction des services existants à proximité de votre domicile. Le plan d'aide mis en place pour l'ARDH est limité à 3 mois et son montant est plafonné à 1 800 €.

Le montant de la participation financière de la caisse dépendra de vos ressources et le cas échéant de celles de votre conjoint(e). Il est déterminé à partir d'un barème national défini par la Cnav et dans la limite du budget disponible.

### 3 Comment votre demande va-t-elle être traitée ?

Votre demande doit être adressée à la caisse pendant l'hospitalisation, avant le retour au domicile. Dans la plupart des cas, c'est l'établissement de soins qui se charge l'envoi de la demande, mais vous avez également la possibilité de l'envoyer vous-même à la caisse.

À réception de votre demande, si vous remplissez les conditions administratives, la caisse vous adressera un courrier indiquant son accord de principe pour vous permettre de démarrer les services dès votre retour au domicile.

À votre retour au domicile, une structure chargée de l'évaluation de vos besoins prendra alors rendez-vous avec vous pour évaluer votre situation à votre domicile.

Cette évaluation est indispensable. Elle a pour but de nous aider à mieux définir l'ensemble de vos besoins et nous permettre de vous apporter une réponse adaptée :

⇒ en vous proposant la mise en place de services correspondant à votre situation,

⇒ en vous donnant des conseils pour bien vivre chez vous.

Lorsqu'elle vous contactera, cette structure vous indiquera ses coordonnées complètes et vous précisera qu'elle vous appelle pour le compte de la caisse. Elle conviendra avec vous de la date et de l'heure d'un rendez-vous à votre domicile et vous en indiquera la durée approximative.

Si vous le souhaitez, cette visite peut se faire en présence d'un membre de votre famille ou d'un proche.

À l'issue du rendez-vous, cette structure vous proposera un plan d'actions personnalisé.

Ce document, signé par l'évaluateur et par vous-même sera transmis pour validation à la caisse.

Vous recevrez alors un courrier de la caisse vous indiquant la nature et le montant des aides qui vous seront attribuées.

### 4 Comment contacter la caisse ?

Pour tout renseignement sur l'action sociale de la Branche Retraite, vous pouvez contacter :

la Caisse de : .....

Adresse : .....

.....

.....

► N° de tél. : XX XX XX XX XX

► consultez le site [www.lassuranceretraite.fr](http://www.lassuranceretraite.fr)



## 1 Vous-même

**Madame** ☐ **Monsieur** ☐

Votre nom (de naissance) : .....

Votre nom d'épouse (s'il y a lieu) : .....

Si vous portez un autre nom, indiquez-le : .....

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

Votre numéro de Sécurité Sociale

Êtes-vous retraité du régime général ? OUI ☐ NON ☐

Si oui, indiquez la caisse qui verse votre retraite du régime général : .....

Votre date de naissance

Votre numéro de téléphone (pour nous permettre de vous contacter en cas de nécessité) :

Votre courriel : .....

Votre adresse : .....

Code Postal       Commune : .. Pays : ..

## 2 Votre situation de famille

**Vous êtes :** ☐ célibataire ☐ veuf(ve) ☐ séparé(e) ☐ divorcé(e)

**Si vous vivez en couple :** ☐ vous êtes marié(e) ☐ vous avez conclu un pacs ☐ vous vivez en concubinage

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

Son nom (de naissance) : ..... Son nom d'épouse : .....

Ses prénoms (soulignez le prénom courant) : .....

Son numéro de Sécurité Sociale

Sa date de naissance         En cas de décès, précisez la date

Commune de naissance : ..... Département : ..... Pays : .....  
(indiquez l'arrondissement pour Paris, Lyon, Marseille)

Est-il/elle retraité(e) du régime général ? : OUI ☐ NON ☐

Si oui, son numéro de retraite

## 4 Votre situation au regard des aides légales

### ► Percevez-vous une aide du conseil général ?

► Allocation personnalisée d'autonomie (APA) OUI ☐ NON ☐

► Prestation spécifique dépendance (PSD) OUI ☐ NON ☐

► Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) OUI ☐ NON ☐

► Prestation de compensation du handicap (PCH) OUI ☐ NON ☐

### ► Percevez-vous la 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.

5 Vos ressources

- Indiquez ci-dessous le montant mensuel de vos ressources (comprenant le cas échéant les revenus perçus par votre conjoint, concubin ou partenaire PACS) :

.....€

6 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, prénom : .....

Son adresse : .....

Code Postal [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Commune : ..... Pays : .....

Son courriel : .....

Cette personne est :

- ☐ un membre de votre famille, un ami, un proche,  
☐ votre tuteur ou curateur.

7 Votre demande

► Date de l'hospitalisation : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

► Date prévisionnelle de retour au domicile : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

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

Je m'engage :

- à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et tout changement de domicile,
- à 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,
- à régler à la Caisse les sommes éventuellement versées à tort,
- à 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.

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, peut faire l'objet d'une pénalité financière en application de l'article L114-17 du code de la Sécurité Sociale.

Votre signature :