

N° de dossier :

Reçu le :

*Cadre réservé aux services départementaux*

**DEMANDE D'AIDE LIEE A L'HOSPITALISATION DU PROCHE AIDANT**

**ALLOCATION DEPARTEMENTALE PERSONNALISEE D'AUTONOMIE**

En cas d'hospitalisation du proche aidant qui ne peut être remplacé et dont la présence ou l'aide est indispensable à la vie à domicile, une aide ponctuelle peut être accordée au bénéficiaire de l'Allocation Départementale Personnalisée Autonomie (ADPA). Cette aide peut servir à financer un relais à domicile ou un hébergement temporaire.

Pour en faire la demande, complétez le présent dossier et adressez-le au Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis **au moins un mois avant l'hospitalisation sauf pour les hospitalisations non programmées dans ce délais.**

**ALLOCATAIRE**

Mme M. Nom : .....Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(é) le : ..... A .....

N° de dossier APA : .....

N° : ..... Rue : .....

Bâtiment : ..... N° d'appartement : ..... Escalier : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Email : .....

**PROCHE AIDANT**

Mme M. Nom : .....Nom de jeune fille : .....

Prénom : ..... Né(é) le : ..... A .....

N° : ..... Rue : .....

Bâtiment : ..... N° d'appartement : ..... Escalier : .....

Code postal : ..... Commune : .....

Téléphone : ..... Email : .....

Lien avec l'allocataire : .....

**ORGANISATION DU MAINTIEN à DOMICILE DURANT L'HOSPITALISATION DU PROCHE AIDANT**

Hospitalisation en urgence :            oui     non

**Informations prévisionnelles relatives à l'hospitalisation du proche aidant :**

- Date et durée de l'hospitalisation : .....
- Durée de la convalescence : .....

<b>Relais envisagés durant l'hospitalisation du proche aidant</b>	
<b>Aides apportées actuellement par le proche aidant</b>	
<b>Solutions de relais souhaitées</b> <i>(= aides humaines, portage de repas, accueil de jour, hébergement temporaire en EHPAD ou en famille d'accueil)</i>	
<b>Intervenants envisagés</b> <i>(= service et/ou établissement)</i>	

Je soussigné(e), Mme M. .... agissant :

- en mon nom propre
- en ma qualité de représentant légal
- en ma qualité de proche aidant

Demande auprès du département l'octroi de l'aide en cas d'hospitalisation du proche aidant.

Fait le ..... à .....

**Signature :**

**Dispositions relatives à la loi du 6 janvier 1978**

Les traitements relatifs à cette demande sont informatisés. Ils sont donc soumis aux dispositions de la Loi "Informatique et Liberté" du 6 janvier 1978, modifiée en 2004, qui protège les droits et libertés individuels.

Toute personne peut obtenir communication et, le cas échéant, rectification ou suppression des informations la concernant, en adressant un courrier à Monsieur le Président du Conseil départemental de la Seine-Saint-Denis, 93006 Bobigny Cedex.