

**Une aide ponctuelle peut être accordée en cas d'hospitalisation du proche aidant d'une personne bénéficiaire de l'APA, aux conditions cumulatives suivantes :**

- **Hospitalisation de la personne reconnue comme aidant indispensable ;**
- **Nécessité du remplacement de cet aidant ;**
- **Demande déposée dans les délais légaux (au moins 1 mois avant une hospitalisation programmée, 7 jours après le premier jour d'hospitalisation lorsqu'elle n'était pas programmable).**

**Le montant de cette aide peut atteindre jusqu'à 0,9 fois le montant de la majoration pour aide d'une tierce personne.**

**Vous êtes invité (e) à remplir ce formulaire, avec l'aide d'une personne de votre entourage, si cela est nécessaire.**

**Ces nouvelles informations permettront de connaître votre situation, de qualifier et de traiter votre demande.**

Madame     Monsieur

Nom d'usage ou marital

Nom de naissance

Prénom

Date de naissance

Adresse

Téléphone fixe

Téléphone portable

Numéro Sécurité Sociale

(15 chiffres)

Courriel

Coordonnées du référent  
administratif

**Je sollicite une aide en raison de l'hospitalisation de mon aidant :**

**Identité de mon aidant**

Nom :  Prénom :

Lien :

Caractéristique de l'aide apportée par l'aidant :

*Je coche la situation dans laquelle je me trouve*

Hospitalisation programmée  
OU  
 Hospitalisation non programmée

Date d'entrée en hospitalisation :

**En cas d'hospitalisation programmée**, joindre obligatoirement à cette demande, la convocation d'hospitalisation.

**En cas d'hospitalisation non programmée**, joindre obligatoirement à cette demande le bulletin d'entrée d'hospitalisation.

Date de sortie d'hospitalisation prévisionnelle :

**Pendant la durée d'hospitalisation, je souhaite :**

**Augmenter les heures d'aide humaine**

Nombre d'heures supplémentaires souhaitées :

Modalité envisagée :

- Emploi Direct (CESU ou mandataire)
- SAAD (Service d'Aide et d'Accompagnement à Domicile)

Nom du SAAD choisi :

**Bénéficiaire d'un accueil de jour**

Nom de l'établissement :

**Bénéficiaire d'un hébergement temporaire**

Nom de l'établissement :

**Bénéficiaire d'un accueil familial agréé par le Département**

Nom de l'accueillant :

Si le signataire n'est pas le demandeur, indiquer sa qualité :

- Le représentant légal du bénéficiaire (mesure de protection juridique),
- Le proche aidant

Nom/prénom :

Téléphone :

Courriel :

Date :

Signature :

**Ce formulaire et les pièces justificatives sont à renvoyer, dûment complétés et signés :**

- par voie postale
- par voie électronique (au format PDF)

à la Délégation du Service Soutien à l'Autonomie dont vous dépendez. Les coordonnées sont accessibles sur le portail (<https://personnes-agees.cd25.fr/>)

Pour information, **le paiement de l'aide se fera sur présentation des factures et du bulletin d'hospitalisation** qui peuvent être transmis :

- par voie postale (Direction de l'Autonomie/Service des Prestations aux Usagers – 7 avenue de la Gare d'Eau – 25000 BESANCON) ;
- par mail ([apa@doubs.fr](mailto:apa@doubs.fr));
- par voie électronique via le portail (<https://personnes-agees.cd25.fr/>)