



Formulaire de demande pour l'octroi d'une mesure exceptionnelle pour le soutien intensif extrahospitalier

A. Partie administrative

1. Renseignements concernant le demandeur Le demandeur est la personne qui nécessite de l'aide. Les champs marqués par * doivent être complétés obligatoirement.	
*Numéro de sécurité sociale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*Nom	
Nom marital	
*Prénom	
*Numéro et rue	
Etage de l'appartement	<input type="text"/>
*Code postal et localité	
Adresse mail	
*Numéro(s) de téléphone	
Compte bancaire du demandeur : IBAN <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si banque à l'étranger : code BIC <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

2. Lieu de résidence si différent de l'adresse légale Renseignez si applicable
Numéro et rue Etage de l'appartement Code postal et localité

3. Renseignements concernant la personne de contact Personne qui connaît bien la situation du demandeur et qui doit être contactée dans le cadre du traitement du dossier de demande.	Renseignez si applicable
*Numéro de sécurité sociale	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
*Nom	
*Prénom	
Numéro et rue	
Code postal et localité	

Adresse mail	
*Numéro(s) de téléphone	
Lien avec le demandeur	

4. Demandeur incapable ou placé sous un régime de protection **Si applicable, veuillez cocher la case correspondante ci-dessous et joindre une copie du jugement.**

tutelle curatelle sauvegarde de justice

Renseignements concernant le tuteur ou curateur

Numéro de sécurité sociale

Nom

Prénom

Numéro(s) de téléphone

5. Réseaux d'aides et de soins intervenant au domicile du demandeur **Renseignez si applicable**

Non
 Oui - Nom du réseau :

B. Partie médicale

(à remplir par le demandeur et à faire accompagner par un rapport du médecin traitant)

1. Diagnostic de la maladie

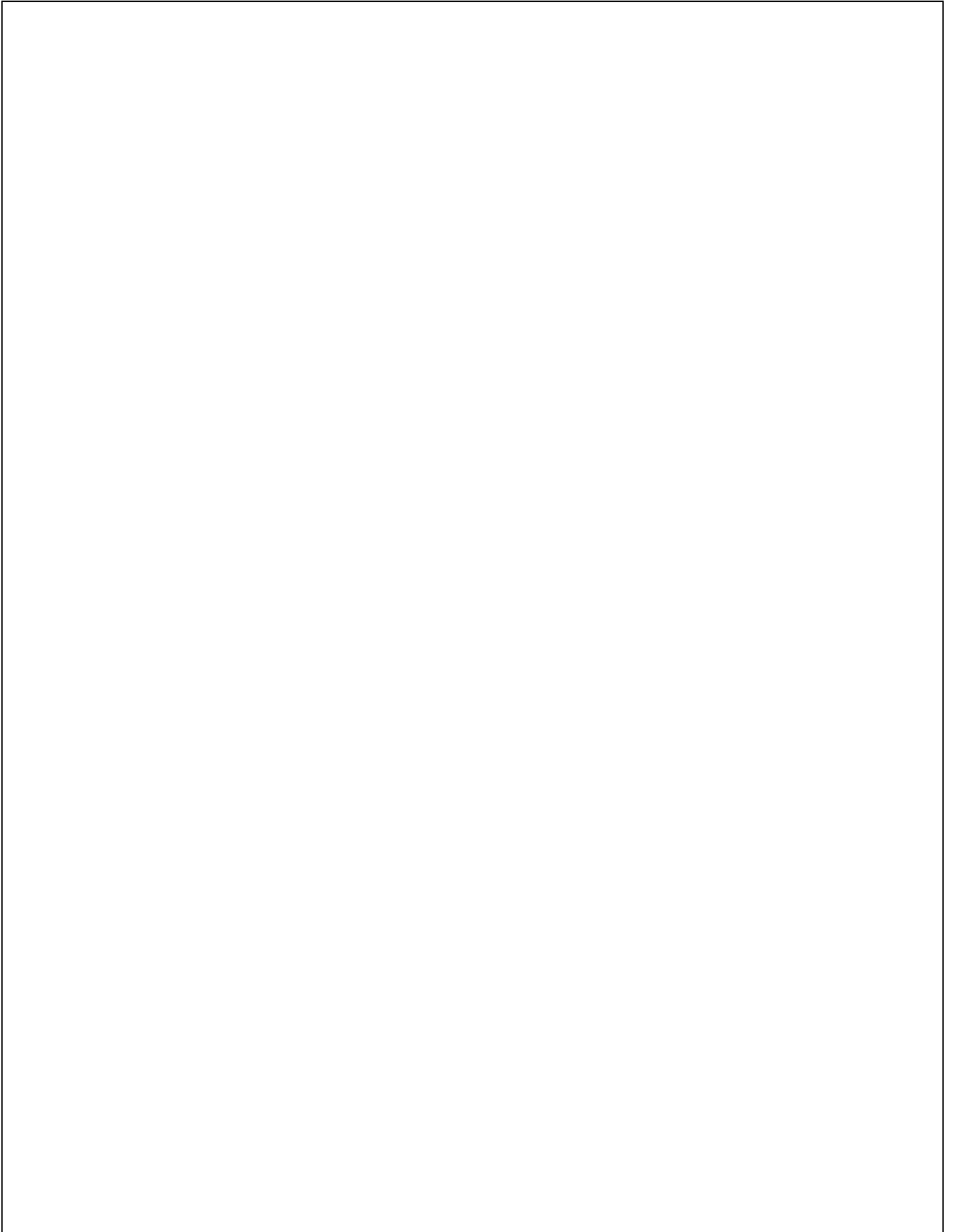
Maladie principale	
Problèmes de santé associés	<p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p> <p>-</p>

2. Traitements actuellement suivis et effectués sur prescription médicale	
Médicaments	- - - - -
Dispositifs médicaux	- - - - -
Autres	- - - - -
3. Besoins couverts par :	
Assurance maladie	- - -
Aide au handicap	- - -
Assurance dépendance	- - -
Autres aides ou assurances	<input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui - Nom de l'organisme / des organismes :
4. Autres besoins ne faisant pas l'objet d'une couverture par une assurance ou une aide reprise sous B.3. :	

Médicaments	-	-	-	-
Dispositifs médicaux	-	-	-	-
Soins par professionnels de santé	-	-	-	-
Aides et soins par autres personnes (aidants, ...)	Nature des soins	Nombres d'heures de soins par semaine	Montant payé par semaine au prestataire des aides et soins	
	Hygiène <input type="checkbox"/>			
	Mobilité <input type="checkbox"/>			
	Surveillance <input type="checkbox"/>			
	Autres <input type="checkbox"/>			

C. Concept de prise en charge

Veillez décrire de manière détaillée le concept de prise en charge mis en place pour assurer votre maintien à domicile et joindre toute pièce pertinente justificative.



J'affirme sur l'honneur que la présente déclaration est sincère et complète.

Fait à _____ Date _____

Signature du **demandeur/ représentant légal**

La demande est à signer par le demandeur ou son représentant légal.

Ce formulaire dûment complété et signé ainsi que les documents annexes demandés sont à envoyer à l'adresse suivante:

Ministère de la Santé
Villa Louvigny
Allée Marconi
L-2120 Luxembourg

INFORMATION CONCERNANT LA PROTECTION DE VOS DONNEES

Le responsable du traitement, à savoir le Ministère de la Santé, vous informe que les informations recueillies font l'objet d'un traitement destiné à traiter votre demande pour un soutien intensif extrahospitalier. En application de la loi modifiée du 2 août 2002 relative à la protection des personnes à l'égard du traitement des données à caractère personnel vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données qui vous concernent. Le responsable du traitement peut communiquer, en conformité avec les dispositions légales applicables, les informations recueillies aux membres de la plateforme interministérielle.