

## ANNEXE III – FORMULAIRE-TYPE POUR LA SYNTHÈSE DE PRISE EN CHARGE

Suite à l'évaluation  
 de (nom du demandeur).....  
 réalisée en date du (date).....  
 par (nom du référent).....

au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance, du relevé-type et du référentiel des aides et soins annexés au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la dépendance,

les prestations requises par l'Administration l'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, correspondant au niveau de prise en charge ....., sont les suivantes :

Libellé	Code	Fréquence
<b>Actes essentiels de la vie :</b>		
hygiène		
<b>Élimination</b>		
<b>Nutrition</b>		
<b>Habillement</b>		
<b>Mobilité</b>		
		<b>Heures</b>
<b>Activités d'appui à l'indépendance</b>	<b>AAI</b>	
<b>Activités d'accompagnement en établissement</b>	<b>AAE</b>	
<b>Activités de maintien à domicile :</b>		
		<b>Forfait en €</b>
<b>forfait pour matériel d'incontinence</b>	<b>FMI</b>	14,32

**Les prestations se composent des contenus suivants :**

Actes essentiels de la vie :

(Libellé de l'acte) : .....

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

(Libellé de l'acte) : .....

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

Activités d'appui à l'indépendance :

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

Activités d'accompagnement en établissement :

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

Activités de maintien à domicile :

(Libellé de l'acte) : .....

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

(Libellé de l'acte) : .....

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

Forfait pour matériel d'incontinence :

- (Description du contenu)
- .....
- .....
- .....

**Répartition dans l'exécution des prestations entre l'aidant et le prestataire professionnel**

Après évaluation du (date de l'évaluation de l'aidant)..... , l'Autorité d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance constate que

Madame/Monsieur (*nom et prénom de l'aidant*)..... ,  
avec le matricule n°..... ,

présente les capacités et disponibilités indispensables pour fournir les prestations suivantes, selon une semaine-type de prise en charge. Les prestations qui ne sont pas fournies par l'aidant sont dispensées par le réseau d'aides et de soins selon le tableau suivant :

<b>Libellé</b>	<b>Aidant</b>	<b>Réseau</b>
	<b>Fréquence</b>	<b>Fréquence</b>
<b>Actes essentiels de la vie :</b>		
<b>Hygiène</b>		
<b>Élimination</b>		
<b>Nutrition</b>		
<b>Habillement</b>		
<b>Mobilité</b>		
	<b>Heures</b>	<b>Heures</b>
<b>Activité d'assistance à l'entretien du ménage</b>		

**Les Aides techniques :**

Suite à l'évaluation

de (*nom du demandeur*).....,  
réalisée en date du (*date*).....,  
par (*nom du référent*).....,

au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance annexé au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance, et du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins,

les aides techniques requises sont les suivantes :

.....  
.....  
.....

**L'adaptation du logement :**

Suite à l'évaluation

de (*nom du demandeur*).....,  
réalisée en date du (*date*).....,  
par (*nom du référent*).....,

au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance annexé au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance, et du règlement grand-ducal modifié du 22 décembre 2006 déterminant 1. les modalités et les limites de la prise en charge des aides techniques par l'assurance dépendance ; 2. les modalités et les limites de la prise en charge des adaptations du logement par l'assurance dépendance ; 3. les produits nécessaires aux aides et soins,

les adaptations de votre logement requises sont les suivantes :

.....  
.....  
.....

**Prise en charge forfaitaire suivant dispositions particulières :**

Suite à l'évaluation

de (*nom du demandeur*).....,  
réalisée en date du (*date*).....,  
par (*nom du référent*).....,

au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance annexé au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance, et des articles 2 à 7 dudit règlement grand-ducal,

une prise en charge forfaitaire est possible compte tenu des symptomatologies suivantes :

- surdité / capacité auditive réduite (article 2)
- cécité / acuité visuelle réduite (article 3)
- Spina Bifida symptomatique (article 4)
- dysarthrie grave / aphasie grave (article 5)
- laryngectomie (article 6)

**Seuil pas atteint :**

Suite à l'évaluation

de (nom du demandeur).....,  
réalisée en date du (date).....,  
par (nom du référent).....,

au moyen de l'outil d'évaluation et de détermination des prestations de l'assurance dépendance annexé au règlement grand-ducal modifié du 18 décembre 1998 fixant les modalités de la détermination de la dépendance,

**Administration**

L'Administration d'évaluation et de contrôle de l'assurance dépendance, constate que le seuil défini à l'article 349 du Code de la sécurité sociale et correspondant à trois heures et demie par semaine de besoins en aides et soins dans les domaines des actes essentiels de la vie n'est pas atteint.

