LE GOUVERNEMENT
DU GRAND-DUCHÉ DE LUXEMBOURG
Ministère de la Sécurité sociale

Administration d'évaluation et de contrôle
de l'assurance dépendance

DECLARATION D'INDISPONIBILITE DE L'AIDANT selon art. 350 § 8 al. 3 CSS

	Assuré dépendant (A)	Aidant indisponible (B)	Responsable réseau (C)
Nom			
Prénom			
Matricule			
Téléphone			
E-Mail			

Pourquoi l'aidant n'est-il plus en mesure d'intervenir dans les aides et soins ? (facultatif, à remplir si connu et si l'assuré le souhaite)

Motif:

Réseau d'aides et de soins (D)	Code prestataire

Il s'agit d'une : ☐ Déclaration initiale ☐ Correction d'une déclaration

Je soussigné, assuré dépendant (sous A) ou représentant légal, déclare mon **aidant (sous B)** indisponible pour me fournir les aides et soins requis selon la répartition de ma synthèse de prise en charge. J'ai compris que la répartition de l'exécution des prestations requises prend fin et que le versement de la prestation en espèces est suspendu pendant cette indisponibilité.

Signature assuré dépendant ou représentant légal: ……

Nom et Prénom du représentant légal, si applicable : ……

	Date début	Date fin	Date signature	Signature de l'assuré dépendant ou de son représentant
Période d'indisponibilité temporaire *				
Début d'indisponibilité temporaire *				
Fin d'indisponibilité temporaire *				
Indisponibilité définitive *				

Je soussigné, responsable réseau (sous C), déclare que **l'aidant (sous B)** de **l'assuré (sous A)** est indisponible et que les aides et soins requis dans la synthèse sont fournis par **le réseau d'aides et de soins (sous D).** J'ai compris que la facturation du forfait nature et du forfait espèces reste suspendue tant qu'il n'est pas déclaré de date fin en cas d'indisponibilité temporaire.

Date, cachet et signature: ……

* renseigner un des 4 cas de figure

Modalités de transmission:
https://cns.public.lu/fr/professionnels-sante/dependance/echange-information-cns-prestataires-aides-soins/declarations.html