



FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP DOSSIER DE DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Pour toutes questions, adresser un mail : fdch@ha-py.fr

Adulte concerné par la demande

Nom : Prénom :

Adresse :

Date de naissance :

Téléphone : Mobile :

Email :

Marié ☐ Vie maritale ☐ PACS ☐ Séparé ☐ Divorcé ☐ Veuf ☐ Célibataire

Protection juridique exercée par :

☐ un membre de la famille ☐ un organisme ☐ autre

Coordonnées du : ☐ tuteur ☐ curateur ☐ Autre

Enfant de moins de 18 ans concerné par la demande :

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse de résidence de l'enfant :

Responsables Légaux / Titulaires de l'Autorité parentale :

Nom : Prénom :

Adresse de résidence :

Nom : Prénom :

Adresse de résidence :

Enfant sous mesure de protection :

☐ ASE ☐ Pupille d'Etat ☐ Tiers digne de confiance ☐ autre

Nom et Adresse :

Caisses du demandeur :CPAM / MSA : numéro :Mutuelle : numéro :CAF : numéro :Retraite Principale : Retraite(s) Complémentaires :**Composition du foyer :** (doivent figurer toutes les personnes qui vivent dans un même logement.)

Nom –Prénom	Date de naissance	Situation Actuelle	Lien de parenté

Déclaration des ressources du foyer

	Adulte concerné	Conjoint	Autres	Justificatifs (à cocher)
Salaires nets				
Indemnités journalières				
Allocation chômage				
Pension alimentaire reçue pour l'enfant concerné par la demande				
Pension d'invalidité				
Retraite principale				
Retraite(s) complémentaire(s)				
Rente Accident du Travail				
Pension de réversion				
Revenus immobiliers				
Prestations CAF (Allocations familiales, AAH, RSA...)				
Autres revenus ou indemnités				
TOTAL				
TOTAL GENERAL				

Charges mensuelles	Montants	Justificatifs (à cocher)
Loyer (charges comprises) ou prêt d'accèsion à la propriété hors APL		
Energie (électricité, chauffage)		
Eau		
Assurances ✓ Habitation ✓ Véhicule		
Mutuelle		
Pension alimentaire versée		
Impôts : ✓ Sur le revenu ✓ Taxe foncière ✓ Taxe d'habitation		
Crédit voiture ✓		
TOTAL		

Demande initiale de la personne concernée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Commentaires de la personne concernée sur la solution proposée :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

J'autorise la MDPH à solliciter le CCAS de la mairie de ma commune :

☐ Oui ☐ Non

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts. J'accepte que mon dossier (formulaire, exposé de situation, devis, ...) soit transmis aux différents organismes financeurs sollicités (Caisse de sécurité sociale, mutuelle, Caisses de retraites, Comité d'Entreprise, associationsetc.) et je prends acte qu'il pourra être examiné par une Commission. Je m'engage à signaler tout changement qui modifierait la demande.

Date :

Signature du demandeur :

Signature et cachet du service :

Partie réservée à l'administration de la MDPH

Type de demande :

- | | |
|--|--|
| ☐ Aide technique | ☐ Aménagement du logement |
| ☐ Aménagement du véhicule | ☐ Aides humaines |
| ☐ Autres : | |

Référents du plan de compensation :

NOM / Prénom Fonction NOM / Prénom :
Fonction : Accusé de réception : Date :

Passage en CDA :

Date :

Montant :

Passage en FDC précédant (dates) :

	Montant attribué	Reste sur enveloppe
Aide technique		
Aménagement du Véhicule		
Aménagement du logement		
Aide humaine		
Autres		