

FONDS DE COMPENSATION DU HANDICAP DE LA MARNE

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Nom prénom du demandeur.....

N° du dossier

Dossier déposé le auprès de



⇒ dossier à renvoyer à :

Maison des Personnes Handicapées

Fonds de Compensation du Handicap

Centre d'Affaires PATTON

50 avenue du Général PATTON

BP 60171

51009 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex

☎ : 03.26.26.06.06



Département de la Marne

Service de l'Aide Sociale Générale

2 bis rue de Jessaint

51038 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex

☎ : 03.26.69.52.52



Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Service des Accès aux soins

14 rue du Ruisselet

51086 REIMS Cedex

☎ : 03.26.84.40.40



Mutualité Sociale Agricole

Service Actions Sociales

24 boulevard Louis Roederer

51077 REIMS Cedex

☎ : 03.26.40.88.14

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce dossier, vous pouvez contacter la secrétaire du Fonds de Compensation du Handicap via l'adresse mail fdch@mdph51.fr

Demandeur

Nom Nom de jeune fille

Prénom

Date de naissance..... Lieu

Si représentant légal

Parents Tutelle Curatelle Sauvegarde

Nom / Prénom Date de naissance

Coordonnées du représentant légal

.....

Numéro de Sécurité Sociale : /

Caisse

Situation

ADULTE :

Célibataire Marié (e) Pacsé (e) Vivant maritalement

Séparé (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Invalidité (..... catégorie) Retraité(e) Sans activité

En activité :

Profession

Employeur

Coordonnées de votre comité d'entreprise.....

.....

ENFANT : Non scolarisé Scolarisé

Si oui : Classe et/ou accompagnement spécialisé

Adresse

Domiciliation.....

Code postal Commune

N° de téléphone Portable (*facultatif*)

Mail

Logement

Vous êtes : Propriétaire Locataire

(Joindre une quittance de loyer ou l'échéancier de votre prêt immobilier)

Coordonnées du propriétaire de votre logement en cas de location :

.....

.....

⇒ Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? Oui Non

(joindre l'attestation de prise en charge)

⇒ Adhérez-vous à une mutuelle ? Oui Non

Si oui, coordonnées de votre mutuelle et numéro d'adhérent :

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

Avez-vous sollicité votre mutuelle concernant votre projet ? Oui Non

Si oui, la décision est-elle favorable ? Oui Non

Si oui, quel est le montant de la prise en charge de votre mutuelle pour la réalisation de votre projet ?..... *(joindre la réponse écrite de votre mutuelle)*

Les membres du foyer

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté	Situation/ Profession et employeur

Le projet

- Aménagement du logement
- Acquisition d'une aide technique
- Aide animalière

- Aménagement du véhicule
- Charges spécifiques et exceptionnelle

Désignation du projet

.....

.....

Coût du projet (*Joindre devis*)

.....

.....

Projet de vie (*Expression de vos besoins par rapport à votre demande*)

.....

.....

.....

Financement

Avez-vous sollicité d'autres organismes pour financer votre projet ? Oui Non

Si oui, lesquels ?

Organismes sollicités	Coordonnées	Décision de l'organisme

Montant total des aides obtenues

(*Joindre les justificatifs d'accord ou de refus des organismes sollicités*)

Ressources et charges mensuelles:

Joindre tous les justificatifs accompagnés du dernier avis d'imposition

	Demandeur	Conjoint	Enfants	Autres
Salaire				
Allocation chômage				
Indemnités journalières				
<u>Pensions</u> : - rente accident du travail - invalidité - vieillesse				
Revenu de solidarité active (R.S.A)				
Pension alimentaire				
Pensions, retraites Retraites complémentaires Allocation supplémentaire				
Allocation adulte handicapée (AAH) Complément d'AAH Allocation Compensatrice (ACTP, MTP) Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément				
Allocations familiales Allocation logement (A.L, A.P.L)				
Autres allocations (A.P.I, MVA)				
<u>Revenus</u> : - immobiliers - des capitaux				
Revenus non salariaux (artisan, exploitant agricole, commerçant, profession libérale)				
<u>Autres revenus</u> :				
<u>Charges</u> : (Joindre les justificatifs de toutes les charges courantes)				

« La loi rend passible d'amende et/ou d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration »
(articles L. 377.1 du Code de la Sécurité Sociale et 441.1 du Code Pénal)



Pour être étudié, votre dossier doit être retourné complété et accompagné des justificatifs demandés.

Je soussigné (e)
déclare sur l'honneur l'exactitude de tous les renseignements.

Signature :

FONDS DE COMPENSATION DU HANDICAP DE LA MARNE

Demande d'aide financière

AUTORISATION DE TRANSMISSION DU DOSSIER

Je soussigné(e),

autorise la Maison Départementale des Personnes Handicapées à transmettre une copie de mon dossier de demande d'aide financière ainsi que les toutes les pièces jointes, à tout **organisme susceptible d'intervenir dans le cadre du financement de mon projet.**

A

Le

Signature :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

	<ul style="list-style-type: none">• Dossier dûment complété
	<ul style="list-style-type: none">• 2 devis différents ou facture de moins de 6 mois
	<ul style="list-style-type: none">• Copie complète du livret de famille tenu à jour, ou de la carte d'identité, du titre de séjour ou du passeport en cours de validité
	<ul style="list-style-type: none">• Quittance de loyer ou échéancier de prêt immobilier
	<ul style="list-style-type: none">• Attestation de prise en charge Mutuelle ou CMU
	<ul style="list-style-type: none">• Justificatifs d'accord ou de refus des organismes que vous avez déjà sollicités
	<ul style="list-style-type: none">• Liste de tous les organismes mobilisables auxquels vous adhérez (caisse de retraite, assurances, caisse de prévoyance...)
	<ul style="list-style-type: none">• Le cas échéant, photocopie du jugement de tutelle, de curatelle ou de mise sous sauvegarde du bénéficiaire de l'aide sollicitée
	<ul style="list-style-type: none">• Pour un <u>aménagement du poste de conduite</u> : photocopie du permis de conduire mentionnant les préconisations du médecin de la préfecture
	<ul style="list-style-type: none">• Si vous êtes bénéficiaire de l'<u>ACTP</u> ou de la <u>PCH Forfait Surdité</u> : vos justificatifs d'aidants et/ou de prestataires

⇒ Pour tous les membres du foyer

	<ul style="list-style-type: none">• <u>Justificatifs</u> de toutes les <u>ressources</u> des 2 derniers mois : revenus, allocations, pensions, rentes...
	<ul style="list-style-type: none">• <u>Justificatifs</u> de toutes les <u>charges</u> : EDF/GDF, eau, téléphone, portable, mutuelle, assurances (habitation, automobile...), impôts (revenus, taxe d'habitation, taxe foncière...)
	<ul style="list-style-type: none">• Le dernier avis d'imposition sur le revenu

En l'absence de ces documents, votre demande ne pourra être étudiée.

LISTE DES ORGANISMES A SOLLICITER

Veillez lister ci-dessous tous les organismes auxquels vous êtes rattaché(e) et susceptibles de vous accorder une aide financière (caisse(s) de retraite, comité(s) d'entreprise, assurances, caisse de prévoyance...)

Nom de l'organisme	Coordonnées	Votre numéro d'adhérent (facultatif)

Exemples d'organismes que vous pouvez solliciter dans votre recherche de financement :

- La MDPH (PCH, AAH, Complément de ressource...)
- Mutuelle en aide légale et/ou extra légale (fonds social...)
- Caisse de prévoyance ou de retraite
- Assurance
- Comité d'entreprise
- Organisme tutélaire
- Associations en faveur des personnes en situation de handicap ...
- Si vous êtes travailleurs indépendant : le fonds social du RSI
- Si vous relevez de la caisse nationale militaire : le bureau d'action sanitaire et sociale de celle-ci
- Si le FDCH ne peut intervenir : la « subvention à la perte d'autonomie » de la CPAM/MSA et/ou le Conseil Départemental de la Marne (pour les personnes de plus de 60 ans)

Aides Techniques et/ou Aménagement de Véhicule :

- Si vous êtes en emploi : l'AGEFIPH (secteur privé) ou le FIPHFP (secteur public) via votre employeur

Aménagement de domicile :

- ANAH (soumis à conditions de ressources)
- Votre bailleur privé ou public (certains bailleurs publics ont des fonds sociaux dédiés aux personnes en situation de handicap)