

# MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES D'INDRE ET LOIRE

38 rue Edouard Vaillant  
CS 14233  
37042 TOURS CEDEX

Tél. : 02 47 75 26 66 Fax : 02 47 75 26 38

## DEMANDE DE FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

Le Fonds Départemental de Compensation (FDC) peut attribuer des aides financières complémentaires **après** attribution de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), des prestations légales et extra-légales de votre caisse de sécurité sociale et de votre mutuelle. Dans certains cas particuliers, le comité de gestion du FDC peut demander la sollicitation d'autres financeurs (cf liste des pièces à fournir page 5).

**Toute demande auprès du FDC concernant un projet déjà réalisé (aides techniques acquises, travaux effectués.) sera déclarée irrecevable.**

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez contacter :  
Madame DALUZEAU au 02 47 75 26 56

### DEMANDE

- Aides techniques  
 Adaptation du logement  
 Adaptation du véhicule

### DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ E.mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom et coordonnées de l'assuré si différent :  
\_\_\_\_\_

Mesure de Protection Juridique éventuelle et coordonnées du tuteur/curateur :  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



#### 4/ Ressources du foyer

RESSOURCES MENSUELLES			
NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT ou PARENTS	AUTRES
<b>REVENUS PROFESSIONNELS</b>			
Salaires	€	€	€
Pensions de retraite	€	€	€
Autres ( <i>préciser</i> )	€	€	€
<b>REVENUS DE REMPLACEMENT</b>			
Pension d'invalidité			
Indemnités journalières	€	€	€
Rente accident de travail	€	€	€
Allocations chômage	€	€	€
Autres ( <i>préciser</i> )	€	€	€
<b>PRESTATIONS FAMILIALES</b>			
Allocations familiales	€	€	€
Allocation logement	€	€	€
Aide personnalisée au logement	€	€	€
Allocation jeune enfant	€	€	€
Complément familial	€	€	€
Allocation de soutien familial	€	€	€
Allocation d'éducation de l'enfant handicapé	€	€	€
Allocation parentale d'éducation	€	€	€
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>			
Allocation Adultes Handicapé	€	€	€
Allocation Compensatrice Tierce Personne	€	€	€
Majoration pour Tierce Personne	€	€	€
Autres ( <i>préciser</i> )	€	€	€
<b>AUTRES RESSOURCES</b>	€	€	€
<b>TOTAL RESSOURCES .....</b>	€	€	€

#### ACCORD DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste de l'exactitude des éléments reportés dans ce dossier.

**Signature**

à \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

## PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL

OBJET DE DEMANDE :

---

COÛT TOTAL	
------------	--

Prestations et aides déductibles	Montants sollicités	Montants obtenus
LPPR		
Mutuelle (Prestations légales)		
PCH		
Caisse d'Assurance Maladie (Prestations extra-légales)		
Mutuelle (Fonds d'Action Sociale)		
AGEFIPH		
ANAH		
Conseil Départemental		
<b>TOTAL</b>		

Montant restant à charge	
--------------------------	--

## LISTE DES PIECES A FOURNIR

- **Exposé médico-social détaillé du projet**
- **Argumentaire de la solution de compensation fonctionnelle préconisée**  
(avec la prescription médicale si nécessaire)
- Photocopie attestation carte VITALE
- Photocopie carte de mutuelle
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Dernière attestation de vos prestations CAF (Caisse d'Allocations Familiales)
  
- **Notifications des financeurs sollicités :**
  - Caisse d'assurance maladie ou de retraite** (au titre des Prestations extra-légales)
  - Mutuelle** (attestation du montant pris en charge au titre des prestations légales et réponse du fonds d'action sociale *sauf si vous êtes adhérent à Harmonie Mutuelle*)
  - AGEFIPH**
  - ANAH**
  - Autres :
  
- Relevé d'identité bancaire ou postal **original**
- Permis de conduire aménagé (en cas de demande d'aménagement du poste de conduite)
  
- Devis