

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 ou ndaluzeau@mdph37.fr

- DEMANDE :**
- Aides techniques
 - Adaptation du logement
 - Adaptation du véhicule
 - Charges exceptionnelles

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 :

1/ Renseignements administratifs

Numéro de Sécurité Sociale **CMU**

● Caisse d'assurance maladie : CPAM 37 M.S.A 37 Autre : _____

Si autre régime ou département autre que Indre-et-Loire, indiquer coordonnées (Nom, adresse, téléphone) :

● Caisse complémentaire maladie : (*mutuelle, CMUC,...*) :

N° Adhérent : _____ Tél. : _____

Nom - adresse : _____

● N° d'allocataire CAF : _____

2/ Composition du foyer

Liens de parenté	Nom - Prénom	Date de naissance	Activité professionnelle ou Activité Scolaire
Demandeur			Profession : Nom et adresse de l'employeur :

3/ Charges du foyer

CHARGES MENSUELLES		
Loyer + charges locatives ou participation aux frais d'hébergement (<i>avant les déductions des aides au logement</i>)		€
Remboursement prêt accession propriété (<i>Allocations logement non déduites</i>)		€
Chauffage, électricité, gaz, eau		€
Téléphone		€
Assurances (habitation, automobile)		€
Complémentaire santé (mutuelle)		€
Frais de rémunération d'une tierce personne		€
Pension alimentaire		€
Frais de scolarité et cantines		€
Crédits	Nature des crédits et leur date d'échéance :/...../.....	€
Impôts		€
Reversement aide sociale		€
Autres (<i>préciser</i>)		€
TOTAL CHARGES		€

4/ Ressources du foyer

RESSOURCES MENSUELLES			
NATURE DES RESSOURCES	DEMANDEUR	CONJOINT ou PARENTS	AUTRES
<u>REVENUS PROFESSIONNELS</u>			
Salaires	€	€	€
Pensions de retraite	€	€	€
Autres (<i>préciser</i>)	€	€	€
<u>REVENUS DE REMPLACEMENT</u>			
Pension d'invalidité	€	€	€
Indemnités journalières	€	€	€
Rente accident de travail	€	€	€
Allocations chômage	€	€	€
Autres (<i>préciser</i>)	€	€	€
<u>PRESTATIONS FAMILIALES</u>			
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	€	€	€
<u>PRESTATIONS SOCIALES</u>			
Allocation Adultes Handicapé	€	€	€
Allocation Compensatrice Tierce Personne	€	€	€
Majoration pour Tierce Personne	€	€	€
Autres (<i>préciser</i>)	€	€	€
<u>AUTRES RESSOURCES</u>	€	€	€
TOTAL RESSOURCES	€	€	€

ACCORD DU DEMANDEUR

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

Signature

A _____ le _____

PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL

OBJET DE DEMANDE :

COÛT TOTAL	
------------	--

Prestations et aides déductibles	Montants sollicités	Montants obtenus
Caisse d'Assurance Maladie (Prestations légales)	€	€
Mutuelle (Prestations légales)	€	€
PCH	€	€
Caisse d'Assurance Maladie (Prestations extra-légales)	€	€
Mutuelle (Fonds d'Action Sociale)	€	€
AGEFIPH ou FIPHFH	€	€
ANAH	€	€
Conseil Départemental	€	€
CCAS	€	€
TOTAL		

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

Capacité d'autofinancement * : _____ €

*Merci de nous indiquer quel montant le demandeur peut investir pour financer cette aide

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

● Documents administratifs

- 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)
- Relevé d'identité bancaire ou postal **original**
- Devis
- Justificatifs des dépenses, sur une année, pour la rémunération d'une tierce personne pour les bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne) ou de la MTP (majoration tierce personne)
- Permis de conduire aménagé (en cas de demande d'aménagement du poste de conduite)

● Notifications des financeurs sollicités :

- Caisse d'assurance maladie** (au titre des Prestations extra-légales)
- Mutuelle :**
 - Attestation du montant pris en charge au titre des prestations légales
 - Réponse du Fonds d'Action Sociale (FAS) ou Fonds d'entraide (sauf si vous êtes adhérent à Harmonie Mutuelle)
- Caisse de retraite complémentaire :**
 - Réponse du Fonds d'Action Sociale (FAS) ou Fonds d'entraide
- AGEFIPH ou FIPHFP**
- ANAH**
- Autres :