

Bénéficiaire

NOM, Prénom : _____

Date de naissance : _____ Numéro de dossier MDPH : _____

Assuré Conjoint Personne vivant maritalement avec l'assuré Enfant Autre bénéficiaire

Identité de l'assuré

Nom de la caisse d'assurance maladie : _____

Numéro d'assuré social : _____

NOM, Prénom (nom marital s'il y a lieu) : _____

Adresse : _____

_____ N° Tél. : _____ N° portable : _____

Objet de la demande

Aide technique Logement Véhicule

Si demande d'aide pour le logement,
l'assuré est-il propriétaire ou accédant à la propriété ? Oui Non

Si l'assuré est locataire : Privé Bailleur HLM Nom de l'organisme HLM : _____

Situation familiale

Célibataire Marié PACS Vie maritale Séparé Divorcé Veuf

Divers

Êtes-vous accidenté du fait d'un tiers ? Oui Non

Si oui, y a-t-il eu indemnisation ? Oui Non Demande en cours

Composition de la famille

L'assuré et les personnes vivant au foyer :

Parenté	NOM-Prénom	Date de naissance	Profession et employeur, Ecole ou structure d'hébergement
Assuré			
Conjoint ou concubin. . .			
Enfant(s) à charge			
Autre(s)			
Parent(s)			
Descendant(s)			

Allocations liées au handicap

- Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé (AEEH) ? Oui Non
- Bénéficiez-vous de la Majoration Parent Isolé (MPI) ? Oui Non
- Bénéficiez-vous de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ? Oui Non
- Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne (MTP) ? Oui Non

Ressources mensuelles des personnes vivant au foyer

(Toutes les ressources, même non imposables, doivent être déclarées)

Montant des ressources du mois précédant la date de la demande

Nature des ressources	Assuré	Conjoint	Autres	Charges mensuelles	Montant
Revenus liés à une activité				Loyer.....	
Salaires nets.....				Accession à la propriété.....	
Indemnités chômage.....				Prêts divers.....	
Indemnités journalières Sécurité Sociale..				E.D.F. eau, chauffage.....	
Arrêt de travail (complément de salaire)..				Mutuelle.....	
Revenus d'activité non salariée.....				Pension alimentaire.....	
Pensions et rentes				Divers :	
Pensions d'invalidité.....					
Majoration tierce personne.....					
Fonds Spécial d'Invalidité (ex. FNS).....					
Pension vieillesse.....					
Allocation Supplémentaire (ex. FNS).....					
Retraites complémentaires.....					
Pension civile et militaire.....					
Pension invalide ou veuf de guerre.....					
Rentes accidents du travail ou survivants.					
Allocation compensatrice.....					
Prestations familiales et sociales				Frais liés au handicap (tierce personne, aide-ménagère, frais d'hygiène, etc.) :	
Revenu de Solidarité Active (RSA).....					
Allocation Parent Isolé (API).....					
Allocation Adultes Handicapés (AAH)....					
Allocations familiales.....					
Aide au Logement.....					
Autres prestations familiales.....					
Revenus divers					
Revenus mobilier ou immobiliers.....					
Bourses.....					
Pensions alimentaires.....					
Autres revenus (origine) :					
TOTAL					

Financiers à solliciter

Organisme d'assurance maladie (CPAM ou MSA ou CMR ou ENIM ou CNMSS ou SNCF ou MGEN ou autre) :

Adresse _____

Organisme complémentaire (mutuelle) : _____

Adresse _____

Caisse(s) de retraite complémentaire : _____

Adresse _____

Centre communal d'Action Sociale (CCAS) – Mairie de : _____

Adresse _____

Je souhaite que le CCAS soit sollicité : Oui Non

Comité Entreprise, employeur, autre : _____

Adresse _____

Personne à contacter _____ Téléphone _____

Si besoin, vous pouvez ajouter des informations supplémentaires sur une feuille jointe.

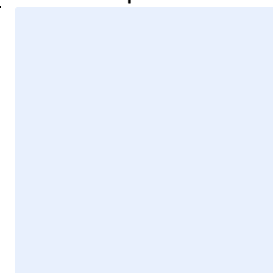
Déclarations du demandeur

1. Je sollicite une aide financière et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués à l'appui de ma demande ;
2. J'autorise la communication des éléments de ma situation contenus dans ma demande aux instances et services des organismes concernés.

NOM Prénom : _____

Le : _____

Signature du demandeur ou
de son représentant légal :



NB : « Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Article. L 114-19 du Code de la sécurité sociale – Article 441-1 du Code pénal)

La loi 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles vous concernant auprès de la MDPH29. Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.