

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES DES PYRÉNÉES-ATLANTIQUES

FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION DEMANDE D'INTERVENTION

Le fonds départemental de compensation prévu par l'article L. 146-5 du code de l'action sociale et des familles est chargé d'accorder des aides financières complémentaires aux personnes handicapées, pour leur permettre de faire face aux frais liés à leur handicap qui restent à leur charge, après que l'ensemble de leurs droits ont été mis en œuvre.

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale

- Célibataire Marié PACS Veuf Séparé Divorcé
 Concubin

Foyer

- Vit seul
 Liste des personnes présentes au foyer

Nom - Prénom	Lien de parenté	Âge	Observation

Situation sociale (cocher les cases correspondantes)

- Enfant scolarisé Enfant non scolarisé
 Activité professionnelle (préciser) :
 Sans activité (préciser ci-dessous)

<input type="checkbox"/> Invalidité catégorie :	<input type="checkbox"/> Retraite anticipée	<input type="checkbox"/> Congé parental
<input type="checkbox"/> Chômage	<input type="checkbox"/> Retraite	<input type="checkbox"/> Au foyer
<input type="checkbox"/> Autre (préciser) :		

Ressources mensuelles du foyer

(* : rayer la mention inutile)

Type de ressources	Demandeur ou parent*	Conjoint ou parent*	Autres (préciser) :
Salaire			
Ressources immobilières, foncières, intérêts sur capitaux			
Allocation chômage			
Indemnités journalières			
Rente accident du travail			
Pension d'invalidité			
Allocation supp. invalidité			
Autres pensions (préciser) :			
Allocation adulte handicapé (AAH)			
Complément de ressources			
Majoration vie autonome			
Revenu minimum d'insertion (RMI)			
Autres ressources (préciser) :			
Retraite			
Absence de ressources (cocher)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Prestations familiales			
- Allocations familiales			
- Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)			
- Aide au logement			
<i>Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)</i>			
<i>Prestation de compensation du handicap (PCH) aide humaine</i>			
- dédommagement			
- emploi ou prestataire			
<i>Majoration tierce personne (MTP)</i>			
Total des ressources			

Charges mensuelles du foyer

Loyer, charges, hébergement			
Accession à la propriété			
Chauffage, eau, électricité, gaz			
Téléphone			
Assurances (habitation, automobile)			
Complémentaire santé (mutuelle)			
Frais de tierce personne			
Pension alimentaire			
Frais de scolarité, cantine			
Crédits			
Impôts			
Autres (préciser) :			
Autres (préciser) :			
Total des charges			

Organisme de sécurité sociale

Organisme	Adresse de l'organisme
CPAM	
MSA	
SLI	
MGEN	
Artisans - Commerçants	
<input type="checkbox"/> Autres : _____	

Couverture maladie universelle (CMU) (cocher la case si bénéficiaire)

Autres organismes de protection sociale auxquels vous êtes adhérent [Parents s'il s'agit d'une demande pour un enfant. Pour les couples, conjoint si ce dernier n'adhère pas au même organisme]

Mutuelle 1 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Mutuelle 2 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Caisse de prévoyance 1 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Caisse de prévoyance 2 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Caisse de retraite 1 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Caisse de retraite 2 :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :

Autres financeurs possibles		
FIPHFP* : www.fiphfp.fr	Observations :	N° dossier :
AGEFIPH* : www2.agefiph.fr	Observations :	N° dossier :
ANAH* : www.anah.fr	Observations :	N° dossier :
Comité d'entreprise 1 : <input type="checkbox"/> du demandeur <input type="checkbox"/> du père <input type="checkbox"/> de la mère <input type="checkbox"/> du conjoint <input type="checkbox"/> de la conjointe	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Comité d'entreprise 2 : <input type="checkbox"/> du demandeur <input type="checkbox"/> du père <input type="checkbox"/> de la mère <input type="checkbox"/> du conjoint <input type="checkbox"/> de la conjointe	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :
Assurance 1 :	Adresse :	N° Adhérent :
Assuré :		Téléphone :
Assurance 2 :	Adresse :	N° Adhérent :
Assuré :		Téléphone :
Centre communal d'action sociale (CCAS) :	Adresse :	N° dossier : Téléphone :

* Joindre attestation

Associations pouvant apporter des aides financières auxquelles vous, votre conjoint ou vos parents êtes adhérents

Association 1 :	Adresse :	N° Adhérent :
Adhérent :		Téléphone :
Association 2 :	Adresse :	N° Adhérent :
Adhérent :		Téléphone :
<input type="checkbox"/> Autres préciser :	Adresse :	N° Adhérent : Téléphone :

Informations complémentaires que vous souhaitez apporter :

Date :

Signature :