

**FONDS DE COMPENSATION  
DEMANDE DE FINANCEMENT**

*Dossier reçu au FDC le :*

*Numéro de dossier :*

**Equipe technique labellisée :**

**Référent :**

**Qualité professionnelle :**

**Demande d'aide technique :**

**Demande d'aménagement :**

**NOM DU BENEFICIAIRE :**

**Prénom :**

Nom de jeune fille :

Adresse :

Date et lieu de naissance :

Téléphone :

Situation de famille :     Marié(e)                       Célibataire                       Concubinage  
    Veuf (Vve)                       Séparé                               Divorcé(e)

**NOM DE L'ASSURE**

**Prénom**

Adresse :

N° de Sécurité sociale :

Mutuelle :                       non                               oui                      Désignation :

N° d'adhérent :                      Désignation :

Assurance :                       non                               oui                      Désignation :

**PERSONNE REFERENTE :**

Coordonnées :

**PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT :**

<b>Lien de parenté</b>	<b>Nom et Prénom</b>	<b>Date de naissance</b>	<b>Activité professionnelle</b>

**MEDECIN TRAITANT :**

## **A/ QUALITE DU BENEFICIAIRE :**

1/ Etes-vous reconnu (e) personne handicapée par la MDPH ?  non  oui  en cours

Validité du ----- au -----  
Taux d'incapacité :

2/ Avez- vous une carte d'invalidité ?

3/ Etes-vous bénéficiaire de :

L'AAEH	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	complément taux :
L'ACTP	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	
La PCH	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	GIR :
L'APA	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	

4/ Etes-vous accidenté du fait d'un tiers ?  Non  oui

5 / Etes-vous pensionné de guerre ou assimilé ?  Non  oui

6/ Etes-vous sous mesure de protection judiciaire ?  Non  oui

tutelle  curatelle  sauvegarde de justice  
Personne physique ou morale l'exerçant :

7/ Autres :

## **B/ SITUATION SCOLAIRE OU PROFESSIONNELLE :**

Etes-vous :  retraité  ex-salarié de droit privé  
 ex-fonctionnaire  
 n'a jamais travaillé  
 Profession ?

Lycéen  collégien  écolier  étudiant  
 Établissement scolaire :

## **C/ RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT :**

Type d'habitat :  maison  appartement type F  établissement  
 Propriétaire  locataire  privé  
 occupant à titre gratuit  HLM :  OZANAM  
 SEMAFF  
 SIMAR  
 SMHLM

Logement adapté :  non  oui

NOM :

PRENOM :

**D/ VOS RESSOURCES MENSUELLES (foyer fiscal) :**

**Tout montant porté doit être accompagné d'un justificatif (dernier mois)**

Type de ressources	Montant perçu par la PH	Montant conjoint	Montant autre personne
Salaires			
Allocations chômage ou préretraite			
Indemnités journalières SS			
<b>Retraite principale :</b>			
CGSS			
Régimes spéciaux (SNCF, fonctionnaires...)			
<b>Retraites complémentaires :</b>			
<b>Prestations sociales et familiales :</b>			
Allocations Familiales/AAH			
RMI			
Allocation logement/APL			
Autres : précisez.....			
<b>Pensions :</b>			
Accident du travail			
Invalidité			
Pension veuvage			
Pension militaire			
Autres : précisez.....			
<b>Autres :</b>			
Revenus fonciers ou immobiliers			
Pension alimentaire			
Indemnisation assurance			
Autres : précisez.....			
<b>Compensation du handicap</b>			
AEEH			
ACTP/ ACFP (allocation compensatrice)			
MTP (majoration tierce personne)			
APA			
PCH			
Autres : précisez .....			
<b>TOTAL des RESSOURCES</b>			

**MERCI DE NE TRANSMETTRE QUE LA PHOTOCOPIE DES PIECES**

**DEMANDEES.**

**E/ VOS CHARGES MENSUELLES :****Tout montant porté doit être accompagné d'un justificatif (dernier mois)**

Type de charges	Montant payé (par mois)
<b><i>Habitation</i></b>	
Loyer ou remboursement acquisition	
EDF	
Eau	
Téléphone (fixe + portable)	
<b><i>Prêts/ Crédits</i></b>	
<b><i>Assurances</i></b>	
Mutuelle	
Véhicule	
Logement + responsabilité civile	
Autres	
<b><i>Impôts et taxes</i></b>	
Impôts sur le revenu	
Taxe foncière	
Taxe d'habitation	
<b><i>Education</i></b>	
demi-pension	
Frais de scolarité ou de garde	
Pension alimentaire versée	
<b><i>Charges liées au handicap</i></b>	
Matériel à usage unique	
Portage de repas	
Aides à domicile- Tierce personne	
Frais professionnels	
Frais liés à la scolarité	
Transports divers	
Autres : précisez .....	
<b>TOTAL MENSUEL</b>	

<b>TOTAL RESSOURCES MENSUELLES</b>	
<b>TOTAL CHARGES MENSUELLES</b>	

<b>MONTANT DISPONIBLE</b>	
---------------------------	--

**POUR PERSONNE (S)  
QUOTIENT FAMILIAL :**

Par décision de la Commission exécutive du GIP-MDPH du 7 mars 2017, la MDPH devient la **MMPH**  
**Maison Martiniquaise des Personnes en situation de Handicap**  
 Lot Dillon stade – 1 rue Georges Eucharis – Espace Pythagore - 97200 Fort de France  
**Tél. : 0596 70 09 95 - Fax : 0596 74 01 06**

## **F/ DECLARATION 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/ Je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné par les gestionnaires du Fonds départemental de compensation.

3/ J'autorise la communication des éléments de ma situation contenue dans ma demande aux membres de cette Commission.

4/ Sachant qu'une participation financière minimum est laissée à ma charge, **je m'engage à déterminer avec l'équipe d'instruction le montant de cette participation** qui sera incluse dans le plan de financement de ma demande.

### **VOTRE PROPOSITION :**

**ATTENTION : NE PAS COMMENCER LES TRAVAUX AVANT D'AVOIR LA REPONSE DES FINANCEURS.**

Fait à \_\_\_\_\_, le \_\_\_\_\_

Signature

## **G/ PROJET D'INTERVENTION :**

### **Objet de la demande :**

- Aides techniques pour la vie quotidienne
- Adaptation du logement et/ou de l'environnement immédiat
- Aménagement du véhicule

### **Procédure de traitement de la demande :**

- 1-Date de réception de la demande
- 2-Date de passage en Commission
- 3-Date de la mise en place effective de l'aide

**(\*) « Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement ». (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la Sécurité Sociale – Article 441-1 du Code pénal – Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles)**

## LISTE DE PIÈCES A FOURNIR

- Pièce d'identité ou Livret de famille
- Justificatifs des ressources **du dernier mois** (et/ou justificatif retraite complémentaire)
- Justificatifs de toutes les charges (**Factures récentes**) : eau, électricité, téléphone, mutuelle, transports, assurances, crédits et charges liées au handicap
- Avis d'imposition sur le revenu, taxe d'habitation et taxe foncière
- Attestation de mutuelle
- Sollicitation Mutuelle  AGEFIPH  FIPHFP
- Montant participation de la Mutuelle
- Carte d'invalidité
- Jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- Permis de conduire (si demande d'aménagement de véhicule en tant que conducteur)
- Prescription médicale (si aide technique prise en compte par la CGSS)
- Deux devis pour mise en concurrence  
Pour les aménagements de logement (Entreprises en règle/cotisations sociales et fiscales  
A jour)**
- Relevé d'identité bancaire de l'entreprise ou du Prestataire
- Photocopie Audiogramme

### En cas d'aménagement de logement

- Autorisation du propriétaire pour la réalisation des travaux
- Acte de propriété

**MERCI DE NE TRANSMETTRE QUE LA PHOTOCOPIE DES PIÈCES**

**DEMANDEES – TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETE**



N° de dossier

COMMISSION DU :

COUT TOTAL DU PROJET :

RESTE A CHARGE :

**DECISION DU COMITE DE GESTION DU FDC**

Organismes	Subventions	Prêts	Attributaire	Validation
<b>TOTAL</b>				

Part restant à la charge de la personne :



## EXPOSE SOCIAL