



**FONDS TERRITORIAL DE COMPENSATION
DEMANDE DE FINANCEMENT**

Dossier reçu au FTC 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

N° d'adhérent :

Désignation :

Assurance : non oui

N° CAF :

Désignation :

PERSONNE REFERENTE :

Coordonnées :

PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT :

Lien de parenté	Nom et Prénom	Date de naissance	Activité professionnelle

MEDECIN TRAITANT :

A/ QUALITE DU BENEFICIAIRE :

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

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

2/ Avez- vous une carte d'invalidité ?

3/ Etes-vous bénéficiaire de :

L' AEEH	<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			
Retraite principale :			
CGSS			
Régimes spéciaux (SNCF, fonctionnaires...)			
Retraites complémentaires :			
Prestations sociales et familiales :			
Allocations Familiales/AAH			
RMI			
Allocation logement/APL			
Autres : précisez.....			
Pensions :			
Accident du travail			
Invalidité			
Pension veuvage			
Pension militaire			
Autres : précisez.....			
Autres :			
Revenus fonciers ou immobiliers			
Pension alimentaire			
Indemnisation assurance			
Autres : précisez.....			
Compensation du handicap			
AEEH			
ACTP/ ACFP (allocation compensatrice)			
MTP (majoration tierce personne)			
APA			
PCH			
Autres : précisez			
TOTAL des RESSOURCES			

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

TOTAL RESSOURCES MENSUELLES	
TOTAL CHARGES MENSUELLES	

MONTANT DISPONIBLE	
---------------------------	--

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

4

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

INSTRUCTION D'UNE DEMANDE DE :

PRESTATAIRES	MONTANT DU DEVIS

COUT TOTAL DU PROJET :

Organismes (hors Commission de Gestion)	Sollicité :	Accordé :	Observations :
CGSS LPPR			
Mutuelle prestation			
Mutuelle action sociale			
Caisse de retraite prestation			
Caisse de retraite FAS			
ALGI subvention			
ALGI prêt			
Conseil Général APA			
Associations et Fondations			
Clubs service			
Assurances			
DDE Amélioration habitat			
Autres :			

TOTAL ACCORDE :

RESTE A CHARGE :

N° de dossier

COMMISSION DU :

COUT TOTAL DU PROJET :

RESTE A CHARGE :

DECISION DU COMITE DE GESTION DU FTC

Organismes	Subventions	Prêts	Attributaire	Validation
TOTAL				

Part restant à la charge de la personne :

EXPOSE SOCIAL