

<b>NOM :</b>	<b>PRENOM :</b>
--------------	-----------------

**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			
Rsa			
Allocation logement/APL			
Autres : précisez.....			
<b>Pensions :</b>			
Accident du travail			
Invalité			
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	
Téléphone portable	
<b><i>Prêts/ Crédits</i></b>	
A la consommation	
Véhicule	
<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 : .....**

## **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 territorial de compensation (FTC).

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

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 :**

<b><u>ATTENTION :</u></b>	<b>NE PAS COMMENCER LES TRAVAUX AVANT D'AVOIR RECU LA REPOSE DES FINANCEURS.</b>
---------------------------	--

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 du foyer** (et/ou justificatif retraite complémentaire)
- Justificatifs de toutes les charges du foyer (**Factures récentes**) : eau + électricité + téléphone, mutuelle + transports+ assurances + crédits et charges liées au handicap...
- Dernier Avis d'imposition sur le revenu + taxe foncière
- Sollicitation Mutuelle  AGEFIPH  FIPHFP
- Montant participation de la Mutuelle
- Carte mobilité inclusion mention Invalidité
- Jugement de tutelle, curatelle ou sauvegarde de justice
- Permis de conduire adapté (si demande d'aménagement de véhicule en tant que conducteur) ou avis médical d'un médecin agréé par la préfecture
- Prescription médicale (si aide technique prise en compte par la CGSS)
- Deux devis pour mise en concurrence**

**Pour les aménagements de logement : les entreprises sollicitées pour un devis doivent être en règle du paiement de leurs cotisations sociales et fiscales.**

- Relevé d'identité bancaire de l'entreprise ou du Prestataire
- Photocopie Audiogramme

### **Pour un aménagement de logement**

- Autorisation du propriétaire pour la réalisation des travaux si locataire
- Acte de propriété si propriétaire
- Attestation et échéancier d'assurance logement obligatoire

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

**TOUT DOSSIER INCOMPLET SERA REJETÉ**