

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			
Rsa			
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	
Téléphone portable	
<i>Prêts/ Crédits</i>	
A la consommation	
Véhicule	
<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 :**

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 :

<u>ATTENTION :</u>	NE PAS COMMENCER LES TRAVAUX AVANT D'AVOIR RECU LA REPOSE 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 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