



**FONDS TERRITORIAL DE COMPENSATION  
« FTC »  
DEMANDE DE FINANCEMENT**

**Dossier reçu au FTC le :** .....

**Numéro de dossier :** .....

**Demande :**     Aide technique     Adaptation     Logement     Véhicule

**BENEFICIAIRE :**    **NOM:** .....    **Prénom :**.....  
Nom de jeune fille : .....

Adresse : .....

Date et lieu de naissance :    .../.../.....    à.....

Téléphone : .....

Situation de famille :     Marié.e     Célibataire     Concubinage  
    Veuf.ve     Séparé.e     Divorcé.e

**ASSURÉ.E :**    **NOM** .....    **Prénom :** .....

Adresse : .....

N° de Sécurité sociale : .....

Mutuelle :                     non                     oui                    Désignation :

N° d'adhérent :.....                    N° CAF :

Assurance :                     non                     oui                    Désignation :

**PERSONNE REFERENTE :**

Coordonnées :

**PERSONNES RESIDANT DANS LE LOGEMENT :**

Lien de parenté	Nom et Prénom	Date de naissance	Activité professionnelle

**MEDECIN TRAITANT** (Nom et coordonnées) :

**A/ QUALITE DU BENEFICIAIRE :**

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

Validité du ----- au -----

Taux d'incapacité :  <50%  >= 50 % et < 80 %  >= 80 %

2/ Avez- vous une carte mobilité inclusion avec mention invalidité ?  oui  non

3/ Etes-vous bénéficiaire de :

L'AAEH	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	complément : 1- 2 -3 -4 -5-6 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 : 1-2-3-4-5-6
L'APA	<input type="checkbox"/> non	<input type="checkbox"/> oui	<input type="checkbox"/> en cours	

4/ Etes-vous accidenté.e du fait d'un tiers ?  non  oui

5 / Etes-vous pensionné.e de guerre ou assimilé.e ?  non  oui

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

<input type="checkbox"/> tutelle	<input type="checkbox"/> curatelle	<input type="checkbox"/> sauvegarde de justice
<input type="checkbox"/> habilitation familiale	<input type="checkbox"/> autre	

Personne physique ou morale l'exerçant :

7/ Autres :

**B/ SITUATION SCOLAIRE OU PROFESSIONNELLE :**

Etes-vous :  retraité.e  ex-salarié.e de droit privé

ex-fonctionnaire

en activité, quelle profession ? .....

sans activité professionnelle

au chômage

en invalidité, avec pension

je n'ai jamais travaillé

Lycéen.ne

collégien.ne

écolier.ière

étudiant.e

Établissement scolaire :

**C/ RENSEIGNEMENTS SUR LE LOGEMENT :**

Type d'habitat :  maison  appartement type F  établissement

Propriétaire

locataire

privé

HLM :  OZANAM

SEMAFF

SIMAR

SMHLM

occupant à titre gratuit

Logement adapté :  non  oui

<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			
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	
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**