

FONDS DE COMPENSATION DU HANDICAP DE LA MARNE

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE

Nom prénom du demandeur

N° du dossier

Dossier déposé le auprès de



⇒ dossier à renvoyer à :

Maison des Personnes Handicapées

Fonds de Compensation du Handicap

Centre d'Affaires PATTON

50 avenue du Général PATTON

BP 60171

51009 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex

☎ : 03.26.26.06.06



Département de la Marne

Service de l'Aide Sociale Générale

2 bis rue de Jessaint

51038 CHALONS EN CHAMPAGNE Cedex

☎ : 03.26.69.52.52



Caisse Primaire d'Assurance Maladie

Service des Accès aux soins

14 rue du Ruisselet

51086 REIMS Cedex

☎ : 03.26.84.40.40



Mutualité Sociale Agricole

Service Actions Sociales

24 boulevard Louis Roederer

51077 REIMS Cedex

☎ : 03.26.40.88.14

Si vous rencontrez des difficultés pour remplir ce dossier, vous pouvez contacter la secrétaire du Fonds de Compensation du Handicap via l'adresse mail fdch@mdph51.fr

Demandeur

Nom Nom de jeune fille
Prénom
Date de naissance Lieu

Si représentant légal

Parents Tutelle Curatelle Sauvegarde

Nom / Prénom Date de naissance

Coordonnées du représentant légal
.....

Numéro de Sécurité Sociale : /

Caisse

Situation

ADULTE :

Célibataire Marié (e) Pacsé (e) Vivant maritalement

Séparé (e) Divorcé (e) Veuf (ve)

Invalidité (..... catégorie) Retraité(e) Sans activité

En activité :

Profession

Employeur

Coordonnées de votre comité d'entreprise

ENFANT : Non scolarisé Scolarisé

Si oui : Classe et/ou accompagnement spécialisé

Adresse

Domiciliation

Code postal Commune

N° de téléphone Portable (facultatif)

Mail

Logement

Vous êtes : Propriétaire Locataire

(Joindre une quittance de loyer ou l'échéancier de votre prêt immobilier)

Coordonnées du propriétaire de votre logement en cas de location :

.....
.....

Les membres du foyer

| Nom | Prénom | Date de naissance | Lien de parenté | Situation/ Profession et employeur |
|-----|--------|-------------------|-----------------|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Le projet

- Aménagement du logement
- Acquisition d'une aide technique
- Aide animalière
- Aménagement du véhicule
- Charges spécifiques et exceptionnelle

Désignation du projet

.....

.....

Coût du projet (Joindre devis)

.....

.....

Projet de vie (Expression de vos besoins par rapport à votre demande)

.....

.....

⇒ Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (CMU) ? Oui Non
(joindre l'attestation de prise en charge)

⇒ Adhérez-vous à une mutuelle ? Oui Non

Si oui, coordonnées de votre mutuelle et numéro d'adhérent :

.....

.....

.....

Avez-vous sollicité votre mutuelle concernant votre projet ? Oui Non

Si oui, la décision est-elle favorable ? Oui Non

Si oui, quel est le montant de la prise en charge de votre mutuelle pour la réalisation de votre projet ?

..... (joindre la réponse écrite de votre mutuelle)

⇒ Etes-vous en emploi ? Oui Non

Si oui, vous devez vous rapprocher de l'AGEFIPH, si vous êtes employé du secteur privé, ou du FIPHFP, si vous êtes employé du secteur public.

Avez-vous sollicité l'AGEFIPH ou le FIPHFP concernant votre projet ? Oui Non

Si oui, la décision est-elle favorable ? Oui Non

Si oui, quel est le montant de leur prise en charge pour la réalisation de votre projet ? (joindre la réponse écrite)

Financement

Avez-vous sollicité d'autres organismes pour financer votre projet ?

 Oui Non

Si oui, lesquels ?

| Organismes sollicités | Coordonnées | Décision de l'organisme |
|-----------------------|-------------|-------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Montant total des aides obtenues*(Joindre les justificatifs d'accord ou de refus des organismes sollicités)*

FONDS DE COMPENSATION DU HANDICAP DE LA MARNE

Demande d'aide financière

AUTORISATION DE TRANSMISSION DU DOSSIER

Je soussigné(e)

autorise la Maison Départementale des Personnes Handicapées à transmettre une copie de mon dossier de demande d'aide financière ainsi que les toutes les pièces jointes, à tout **organisme** susceptible d'intervenir dans le cadre du financement de mon projet.

A

Le

Signature :

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none">• Dossier dûment complété |
| | <ul style="list-style-type: none">• Le dernier avis d'imposition ou non -imposition sur le revenu |
| | <ul style="list-style-type: none">• 2 devis différents ou facture de moins de 3 mois |
| | <ul style="list-style-type: none">• Justificatifs d'accord ou de refus des organismes sollicités |
| | <ul style="list-style-type: none">• Liste de tous les organismes mobilisables auxquels vous adhérez (caisse de retraite, assurances, caisse de prévoyance...) |

En l'absence de ces documents, votre demande ne pourra être étudiée.

LISTE DES ORGANISMES A SOLLICITER

Veillez lister ci-dessous tous les organismes auxquels vous êtes rattaché(e) et susceptibles de vous accorder une aide financière (caisse(s) de retraite, comité(s) d'entreprise, assurances, caisse de prévoyance...)

| Nom de l'organisme | Coordonnées | Votre numéro d'adhérent (facultatif) |
|--------------------|-------------|--------------------------------------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Exemples d'organismes que vous pouvez solliciter dans votre recherche de financement :

- La MDPH (PCH, AAH, Complément de ressource...)
- Mutuelle en aide légale et/ou extra légale (fonds social...)
- Caisse de prévoyance ou de retraite
- Assurance
- Comité d'entreprise
- Organisme tutélaire
- Associations en faveur des personnes en situation de handicap ...
- Si vous êtes travailleurs indépendant : le fonds social du RSI
- Si vous relevez de la caisse nationale militaire : le bureau d'action sanitaire et sociale de celle-ci
- Si le FDCH ne peut intervenir : la « subvention à la perte d'autonomie » de la CPAM/MSA et/ou le Conseil Départemental de la Marne (pour les personnes de plus de 60 ans)

Aides Techniques et/ou Aménagement de Véhicule :

- Si vous êtes en emploi : l'AGEFIPH (secteur privé) ou le FIPHFP (secteur public) via votre employeur

Aménagement de domicile :

- COMAL Soliha (soumis à conditions de ressources)
- Votre bailleur privé ou public (certains bailleurs publics ont des fonds sociaux dédiés aux personnes en situation de handicap)