



Maison
départementale
des personnes
handicapées

AUTORISATION DE VERSEMENT A UN TIERS

Tél : 03.29.46.70.70
Fax : 03.29.46.70.71

Je soussigné :

Demeurant :
.....
.....

Ayant sollicité la prestation de compensation du handicap et le Fonds départemental de compensation du handicap pour faire face à des frais en lien avec mon handicap.

Autorise **les financeurs du Fonds départemental de compensation du handicap** à verser les aides extra-légales accordées au fournisseur désigné ci-dessous.

Nom du fournisseur et adresse du fournisseur :

.....
.....
.....

Pour cela, je joins un Relevé d'Identité Bancaire du dit fournisseur.

Fait à _____, le _____

Signature