



Maison  
départementale  
des personnes  
handicapées

Tél. 03.29.46.70.70  
Fax 03.29.46.70.71

**FORMULAIRE COMPLEMENTAIRE**

**FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION  
DU HANDICAP**

**N° de dossier MDPH :** .....

**SITUATION du DEMANDEUR**

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

**Date de naissance :** ..... **Adresse :** .....

**Caisse d'assurance maladie :**  CPAM  MSA  RSI  AUTRES

**N° de Sécurité Sociale :**  
(Joindre l'attestation d'ouverture des droits d'assurance maladie)

**Mutuelle :**  OUI  NON **N° adhérent :** .....

*Désignation :* .....

*Adresse :*  
(Joindre une copie de la carte mutuelle complémentaire)

**IMPORTANT : Dans le cas d'un remboursement par votre complémentaire, bien vouloir joindre une attestation de cet organisme mentionnant le montant de leur prise en charge.**

**Dans le cas d'un accident de la vie (Hors accident du travail), avez-vous bénéficié d'une indemnisation par une assurance :**  OUI  NON

*Désignation :* .....

*Adresse :* .....

**Composition du foyer :**

Nom – Prénom	Lien de Parenté	Date de Naissance	Situation (Salarié, demandeur d'emploi, ...)



## OBJET de la DEMANDE

### Aide technique

Première acquisition

Renouvellement

### Aménagement du logement

Joindre le bail et l'autorisation du propriétaire autorisant la réalisation des travaux ou l'acte de propriété, et les derniers avertissements de taxe foncière et/ou de taxe d'habitation

Maison individuelle

Parc Privé

Propriétaire

Appartement

Parc Public

Locataire

Occupant à titre gratuit

➤ Si locataire, Nom et Adresse du propriétaire :

➤ Si propriétaire, Année d'acquisition du logement :

Année d'achèvement de l'immeuble :

➤ Si accédant à la propriété, prêt à taux Zéro :

OUI

NON

➤ Surface habitable du logement en m2 :

➤ Surface habitable du logement **après travaux** en m2 :

➤ Précisez le nombre de pièces principales du logement après travaux :

➤ Décrivez le confort du logement

avant travaux

après travaux

WC intérieur

Salle de bains

Chauffage central ou

appareils fixes électriques et autres

dans toutes les pièces

### Aménagement du véhicule

Autre (à préciser) :

**Montant total TTC du (des) devis retenu(s) répondant au plan personnalisé de compensation et avant toute prise en charge financière :**

		Réservé MDPH
Projet ① : .....	.....€	
Projet ② : .....	.....€	
Projet ③ : .....	.....€	
<b>TOTAL :</b>	.....€	

## RESSOURCES et CHARGES MENSUELLES DU FOYER

*\* joindre les justificatifs de paiements de l'ensemble des ressources du foyer (bulletins de salaire, avis de paiement de la CAF, pensions retraite, pension invalidité, revenus de placements financiers...) sur les 3 derniers mois.*

NATURE DES RESSOURCES MENSUELLES DU DEMANDEUR	MONTANT MENSUEL	Réservé MDPH	NATURE DES CHARGES MENSUELLES	MONTANT MENSUEL	réservé MDPH
SALAIRES *			LOYER (Si locataire)		
PRESTATIONS SECURITE SOCIALE (indemnités journalières)*			CREDIT MAISON (Si propriétaire)		
- RSA (Revenu de solidarité active) *			IMPOTS (taxe foncière, taxe d'habitation, impôts sur les revenus)		
- RSA Majoré (personne isolée)					
ALLOCATION ADULTE HANDICAPÉ *			EAU		
Indemnités de chômage*			EDF / GDF		
Rente Accident Travail*			CHAUFFAGE		
Pension Invalidité*			ASSURANCES (Auto - habitation)		
Allocation veuvage*			PENSION ALIMENTAIRE		
Retraite Principale*			COMPLEMENTAIRE SANTE		
Retraite complémentaire*			ORDURES MENAGERES		
Allocation compensatrice pour l'aide d'une tierce personne			AUTRES : (préciser)		
Prestation de compensation du handicap					
Majoration tierce personne					
Pension Alimentaire*			<b>TOTAL</b>		
<u>PRESTATIONS FAMILIALES*</u>					
• Allocations familiales			<b>AUTRE CREDITS</b>		
• Allocation de soutien familial			Nature et créancier		
• Prime d'activité					
• Allocation d'éducation de l'enfant handicapé					
• Allocation logement (APL...)			Dates 1 <sup>ère</sup> et dernière échéances		
Revenus fonciers*					
Revenus de placements financiers*					
AUTRES* A préciser					
<b>NATURE DES RESSOURCES MENSUELLES DES AUTRES PERSONNES DU FOYER*</b>	<b>MONTANT MENSUEL</b>	<b>Réservé MDPH</b>	<b>TOTAL AUTRE CREDITS</b>		
			<b>DETTES</b>		
			Nature et créancier		
			<b>TOTAL DETTES</b>		
<b>TOTAL</b>			<b>TOTAL</b>		

**Reste à vivre :**

**AIDES OBTENUES DANS LE CADRE DE LA COMPENSATION DES INCAPACITES  
FONCTIONNELLES AUPRES D'AUTRES ORGANISMES  
(Sécurité sociale, complémentaire santé...)**

DATE	ORGANISME	MONTANT

J'autorise la MDPH 55 à transmettre les éléments et informations relatifs à ma demande à tout organisme susceptible d'intervenir dans le cadre du financement de mon projet (mutuelle, caisse de retraite, CCAS...).

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements.

Fait à

Le

Signature du demandeur

**Rappel des pièces à joindre à la demande :**

- Copie du dernier avis d'imposition (*recto-verso*)
- Attestation d'ouverture des droits d'assurance maladie (***non accepté*** : copie de la carte Vitale)
- Copie de la carte d'adhérent à une complémentaire santé (*mutuelle*)

(Dans le cas d'un remboursement par votre complémentaire santé, bien vouloir joindre une attestation de cet organisme mentionnant le montant de leur prise en charge).

- Justificatifs de paiement de l'ensemble des ressources du foyer des trois derniers mois (Bulletins de salaire, avis de paiement ASSEDIC, attestation d'attribution des prestations sociales versées par la CAF, notification de pension d'invalidité, justificatif des pensions retraite, etc...)
- Indiquer la nature du placement financier (*Plan d'épargne logement, Livret A...*)
- RIB mentionnant le nom/prénom et adresse actuelle

**Pour une demande d'aménagement de domicile, joindre :**

- le bail et l'autorisation du propriétaire autorisant la réalisation des travaux ou l'acte de propriété et copie du dernier avertissement de la taxe foncière
- Le formulaire complété et signé de l'ANAH
- Les tableaux d'amortissement pour l'ensemble des prêts souscrits pour l'habitation

**ATTENTION** : Seuls les dossiers complets peuvent être étudiés par le Comité de gestion du fonds départemental de compensation.