



# Département de la Meuse

## Direction de l'Autonomie

### Service Prévention de la Dépendance

#### Demande d'aide financière Départementale Travaux d'Amélioration de l'Habitat des personnes de 60 ans et plus Accessibilités et Adaptation du logement

**Origine de la demande ou du dépôt du dossier de demande d'aide financière ?**

(Demandeur / famille / collectivité / ILCG / Elus / Association / voisins / autres ...)

.....

**Comment le demandeur a-t-il eu connaissance des éventuelles aides financières ?**

.....

#### **IDENTIFICATION DU DEMANDEUR**

N° TEL :	DEMANDEUR	Conjoint
NOM		
PRENOM		
DATE/LIEU DE NAISSANCE		
NATIONALITE		
SITUATION DE FAMILLE		
CAISSE RETRAITE Principale		
NOMBRE D'ENFANTS		
ADRESSE DOMICILE		

Si différente

**NOM PRENOM et N° Tél. DE LA PERSONNE à CONTACTER pour le suivi du DOSSIER :**

.....

#### **RESSOURCES MENSUELLES des personnes vivant au domicile du demandeur :**

*joindre dernier avis imposition des personnes vivants au foyer*

TYPE DE RESSOURCES	MONTANTS MENSUELS
<b>Salaires</b> et/ou du <span style="display: inline-block; vertical-align: middle;">             ↗ Demandeur              ↘ Conjoint              ↘ Autres           </span>	
<b>Retraites</b>	
Allocations familiales	
Allocation Logement	
Autres ressources	

**Revenu BRUT GLOBAL**

(sur Dernier avis d'imposition)

--

**ENVIRONNEMENT**

A renseigner si GIR évalué par un professionnel	DEGRE D'AUTONOMIE GIR (1à 6)	SERVICE AIDE MENAGERE (Noms / Nombre heure/semaine / Financeur)	SOINS A DOMICILE SSIAD / Infirmier libéral (Noms / Nbre d'heure/semaine)
	* Organisme évaluateur : Département /Carsat/Médecin... (GIR : Groupe Iso Ressource)		
DEMANDEUR	*		
CONJOINT	*		

\* Reporter l'organisme évaluateur

**VOTRE SITUATION** au regard des aides légales : (Dépendance ou Handicap)

Percevez-vous l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ?

OUI / NON

Percevez-vous l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP) ou Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ?

OUI / NON

Si OUI, indiquer la date depuis laquelle vous percevez l'une de ces aides : .....

**Autres PERSONNES VIVANT AU FOYER (autres que le demandeur et son conjoint)**

Nombre d'occupants au domicile du demandeur : .....

NOM et PRENOM	DATE DE NAISSANCE Lien de parenté	SITUATION FAMILIALE (1) Profession	Est-il à charge du demandeur ?

(1) Indiquer dans la colonne si : Célibataire/ Marié/Veuf/Séparé/Divorcé

**TYPE DE LOGEMENT** : Maison individuelle de Plain Pied / Etage / Sous sol

ou

Appartement : ..... N° étage : .....

Nombre total de pièces : ..... Nombre de pièces occupées par le demandeur : .....

**LOCAL D'HABITATION** (1) rayer la mention inutile)

DATE DE CONSTRUCTION		DATE D'ENTREE dans le logement	
STATUT D'OCCUPATION (1)	Propriétaire	Usufruitier	Locataire Logé gratuitement
Si locataire Nom et adresse du PROPRIETAIRE			
Montant du LOYER MENSUEL	€	MONTANT Allocation Logement.	€

**ELEMENTS DE CONFORT EXISTANTS AVANT TRAVAUX**

TYPES	OUI / NON	SI OUI, ETAT DES INSTALLATIONS
Eau froide / Eau chaude	OUI / NON	
W.C. intérieur au logement	OUI / NON	
Lavabo séparé	OUI / NON	
Douche / Baignoire	OUI / NON	
Chauffage central (Préciser fioul, gaz...)	OUI / NON	
Autre(s) mode(s) de chauffage	OUI / NON	

**COMPOSITION DU LOGEMENT**

	INDIQUER si :	Nombre de pièces
		Rez de Chaussée OU à l'étage
Cuisine	.....	.....
Salon/Séjour/Salle à manger	.....	.....
Chambre 1	.....	.....
Chambre 2	.....	.....
Chambre 3	.....	.....
Salle de bains/Salle d'eau	.....	.....
W.C.	.....	.....

**TRAVAUX ENVISAGES :**

**J'ATTESTE SUR L'HONNEUR L'EXACTITUDE DES RENSEIGNEMENTS PORTES SUR CETTE DEMANDE**

Je m'engage :

→ à signaler toute modification de ma situation et de celle de mon conjoint et de tout changement de domicile

Je reconnais être informé(e) qu'une vérification de l'exactitude de mes déclarations et de l'authenticité des documents produits à l'appui de ma demande, peut-être effectuée,

"La loi rend passible d'amende et d'emprisonnement quiconque se rend coupable de fraudes ou de déclarations inexactes ou incomplètes (art.L.114-13 de code de la sécurité sociale, arts. 313-1, 313-3, 433-19, 441-1, 441-7 du code pénal, art. L725-13du code rural)"

La loi 78/17 du 06 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données vous concernant auprès de notre organisme,

A ....., le.....

**Nom et Signature du Demandeur**

**Pièces justificatives à joindre obligatoirement à la demande d'aide :**

- ▶ Photocopie recto verso de votre dernier avis d'imposition sur le revenu (pour l'ensemble des personnes du foyer)
- ▶ Photocopie du livret de famille (en entier)
- ▶ Photocopie de la dernière Taxe foncière ou Relevé de propriété ou acte /Attestation de propriété
- ▶ Devis détaillés des entreprises (avec cachet de l'entreprise)
- ▶ Relevé d'Identité Bancaire (RIB/RIP)

