

**IMPRIMÉ DE DEMANDE DE FINANCEMENT
FONDS DÉPARTEMENTAL
DE COMPENSATION (FDC)**

MOTIF DE LA DEMANDE :

■ IDENTITÉ DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE CONCERNÉ PAR LA DEMANDE

Nom d'époux/usage : Nom de naissance :
 Prénoms : Date de naissance :
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 e-mail : N° tél. :
 Marié(e) Célibataire Vie maritale Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) Depuis le :
 N° Sécurité sociale : Organisme :
 Complémentaire Santé Solidaire (CSS) Oui Non
 Situation scolaire ou professionnelle :

■ AUTORITÉ PARENTALE, TUTELLE OU CURATELLE

(Nom et prénom) : Parent Conjoint Autre
 Adresse :
 Code postal : Commune :
 Mesure de protection : Curatelle Tutelle

■ AUTRES PERSONNES À CHARGE OU VIVANT AU FOYER

NOM ET PRÉNOM	DATE DE NAISSANCE	LIEN DE PARENTÉ	SITUATION (Profession, étudiant...)

■ HABITAT

☛ **Propriétaire ou accédant :**
 Maison Appartement Autre Année de construction :

☛ **Avez-vous fait une demande d'aide financière à l'ANAH :** Oui Non
 Si oui : le montant de l'aide accordée :

Je joins la décision d'accord ou de refus de l'ANAH.

☛ **Locataire :** **Occupant à titre gratuit :** Maison Appartement Autre :
 Secteur privé Secteur public Coordonnées du propriétaire ou bailleur social :

Je joins l'attestation du bailleur autorisant les travaux.

Ressources mensuelles de toutes les personnes majeures au sein du foyer (enfants...)

RESSOURCES MENSUELLES NETTES			DEMANDEUR	CONJOINT(E)	AUTRES
Salaire net					
Indemnités journalières					
Pension d'invalidité					
Indemnités de chômage					
Retraite, retraite complémentaire					
Prestations familiales					
<input type="checkbox"/> AF	<input type="checkbox"/> AJE	<input type="checkbox"/> CF			
<input type="checkbox"/> APE	<input type="checkbox"/> ASF	<input type="checkbox"/> AEEH Complément...			
<input type="checkbox"/> AAH	<input type="checkbox"/> RSA	<input type="checkbox"/> APL/allocation logement			
Prime d'activité					
Pension alimentaire					
Pensions, rente diverses (accident du travail, prévoyance)					
<input type="checkbox"/> APA	<input type="checkbox"/> ACTP	<input type="checkbox"/> PC RTP (MTP)			
<input type="checkbox"/> PCH Aides humaines					
Revenus mobiliers/immobiliers (revenus locatifs)					
Autres ressources (bourses, activité non salariée...)					
TOTAL RESSOURCES					

Montant des capitaux placés			
------------------------------------	--	--	--

Charges mensuelles de toutes les personnes majeures au sein du foyer (enfants...)

RESSOURCES MENSUELLES NETTES	DEMANDEUR	CONJOINT(E)	AUTRES
Loyer			
Accession à la propriété			
Charges locatives			
Assurance (habitation, voiture...)			
Electricité			
Eau			
Chauffage			
Téléphone, abonnement internet			
Complémentaire santé			
Impôts sur le revenu			
Pension alimentaire versée			
Frais de garde			
Prêt (précisez :)			
Autres (précisez :)			
TOTAL CHARGES			

■ INDEMNISATION SUITE À UN ACCIDENT :

Si Handicap survenu à la suite d'un accident : (fournir le justificatif)			
Capital perçu :	<input type="checkbox"/> Oui	montant : €)	<input type="checkbox"/> Non
Rente mensuelle :	<input type="checkbox"/> Oui	montant : €)	<input type="checkbox"/> Non

■ VOUS ÊTES TITULAIRE DE :

Prestation de Compensation du Handicap accordée <input type="checkbox"/> Oui - date CDAPH : <input type="checkbox"/> Non		
<input type="checkbox"/> PC RTP	<input type="checkbox"/> ACTP	<input type="checkbox"/> Carte de mobilité inclusion invalidité
<input type="checkbox"/> Personne âgée GIR entre 3 à 6		

☛ J'autorise le Fonds Départemental de Compensation du Handicap à solliciter, en mon nom, les financeurs suivants (*) :

ACCORD	ORGANISME	N° ADHÉRENT / CONTRAT	NOM ET COORDONNÉES
<input type="checkbox"/>	Caisse d'Assurance Maladie		
<input type="checkbox"/>	Mutuelle complémentaire santé		
<input type="checkbox"/>	Caisses de retraite		
<input type="checkbox"/>	Caisses complémentaire de retraite		
<input type="checkbox"/>	Caisses de prévoyance		
<input type="checkbox"/>	Centre communal d'action sociale (du lieu de résidence)		
<input type="checkbox"/>	Autres		

(*) Cocher les cases selon la situation du bénéficiaire

DGA « ACTION SOCIALE »
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

- Je soussigné(e) avoir pris connaissance de l'ensemble du dossier FDC et j'atteste que les informations portées sur ce document sont exactes.
- J'accepte que le Fonds Départemental de Compensation, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels et organismes qui m'accompagnent sur cette demande ou susceptible de m'attribuer des aides financières.
- J'accepte que le Fonds Départemental de Compensation sollicite les financeurs extralégaux susceptibles de participer au financement de mon reste à charge.
- J'ai bien pris connaissance du fait que le FDC, après avoir étudié ma demande, peut m'accorder un montant forfaitaire ou refuser ma demande (si je n'entre pas dans les critères).

Les informations recueillies par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de la Manche font l'objet d'un traitement destiné à aider financièrement les personnes en situation de handicap qui doivent assumer des frais liés à leur handicap et restant à leur charge après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation du handicap (PCH) pour les adultes et à l'allocation d'éducation de l'enfant Handicapé (AEEH) pour les enfants. Les destinataires des données sont les personnes en charge du traitement à la MDPH. Les données seront conservées en fonction de la durée de vie du dossier et des règles d'archivage en la matière. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux données vous concernant. Il vous est possible de demander que ces données soient effacées lorsqu'elles ne sont plus nécessaires au traitement de votre demande. Pour les exercer, merci d'adresser votre demande auprès de la MDPH par voie postale à MDPH de la Manche, Déléguée à la protection des données – 98 route de Candol 50000 Saint-Lô ou par voie électronique à l'adresse dpo@manche.fr. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la CNIL : sur le site web de la CNIL ou par voie postale : CNIL, 3 Place de Fontenoy, TSA 80715, 75334 Paris cedex

Le,
Signature de l'intéressé(e) ou de son représentant

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR

DGA « ACTION SOCIALE »
MAISON DÉPARTEMENTALE DE L'AUTONOMIE

■ SI VOUS AVEZ UN DROIT OUVERT À LA PCH, POUR LES AIDES TECHNIQUES, AMÉNAGEMENT DU VÉHICULE ET LOGEMENT

- Copie intégrale du dernier avis d'imposition pour l'ensemble des occupants du logement
- Un relevé de capitaux (courrier joint) à remplir par votre organisme bancaire
- Copie du justificatif indiquant le montant du remboursement de votre mutuelle (envoyer le devis à votre mutuelle pour connaître ce montant) si aides techniques

En plus pour les aides techniques et aménagement du véhicule en rapport avec le travail

- Je suis salarié du secteur privé, je fais une demande d'aide complémentaire auprès de l'AGEFIPH
- Je suis salarié du secteur public, je fais une demande d'aide complémentaire auprès de le FIPHP
- Copie de la décision

■ SI VOUS N'ÊTES PAS ÉLIGIBLE À LA PCH, CONCERNANT LES AIDES TECHNIQUES, L'ADAPTATION DU LOGEMENT ET L'AMÉNAGEMENT DU VÉHICULE

- Un RIB
- Copie intégrale du dernier avis d'imposition pour l'ensemble des occupants du logement
- Un relevé de capitaux (courrier joint) à remplir par votre organisme bancaire
- 2 devis de fournisseurs et/ou artisans différents
 - Si vous demandez un aménagement du poste de conduite :
 - Copie du permis de conduire comportant les mentions restrictives
 - Copie de la carte grise
 - Attestation sur l'honneur indiquant le kilométrage du véhicule
 - Si vous demandez un aménagement du logement : une copie du plan d'habitation
 - Si vous demandez une aide technique : copie du justificatif indiquant le montant du remboursement de votre mutuelle (envoyer le devis à votre mutuelle pour connaître ce montant)