

DOSSIER DÉCLARATIF

FEUILLET 1 – SERVICE PRESTATAIRE

PCH ADULTE OU ENFANT

BÉNÉFICIAIRE DE LA PCH (Prestation de compensation du handicap) :

Nom : Prénom :

Né(e) le : à

Domicilié(e) à

PRÉCISER L'IDENTITÉ DU OU DES SERVICE(S) PRESTATAIRES

Nom du service Prestataire 1

Date de début des interventions

Nombre d'heures par mois au titre de la PCH

Si service Prestataire 2, Nom :

Date de début des interventions

Nombre d'heures par mois au titre de la PCH

Je souhaite que les heures soient directement payées au service prestataire :

☐ OUI ☐ NON

Pour rappel

La PCH ne doit pas servir à financer des heures de ménage, courses, jardinage, garde d'enfant, aide aux devoirs. En cas d'utilisation non conforme, le Département de la Manche vous demandera de rembourser les sommes qu'il vous aura versées.

À SAVOIR

En cas d'hospitalisation dans un établissement de santé ou d'hébergement dans un établissement social ou médico-social le montant de l'aide humaine est réduit à 10 % au-delà de 45 jours consécutifs ou de 60 jours lorsque la personne handicapée est dans l'obligation de licencier de ce fait son ou ses aides à domicile. La situation doit être signalée au **service du budget social** du Département.

Le bénéficiaire de la PCH ou son représentant légal atteste sur l'honneur des éléments ci-dessus complétés et avoir pris connaissance de la notice explicative du dossier déclaratif.

FAIT à, le

Signature du bénéficiaire de la prestation
ou de son représentant légal,

Imprimé à adresser : par voie postale à conseil départemental - Maison départementale de l'autonomie
50050 SAINT-LÔ Cedex ou par mail à mda@manche.fr