

FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

DATE D'ARRIVEE

✉ : MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DU GERS

12, rue Pelletier d'Oisy – 32000 AUCH

Personne référente : Nadine GHIRARDO

☎ : 05.62.61.76.76 (lundi et vendredi matin) - 📠 : 05.62.61.76.67

Nature de la demande :

Nom : Prénom : Nom de naissance :

Date de naissance : Age :

Adresse :

Téléphone :

Marié(e) Célibataire Concubinage PACS

Veuf(ve) Séparé(e) Divorcé(e) depuis le

Etes-vous reconnu personne handicapée MDPH ? OUI NON En Cours

Etes-vous en invalidité ? OUI NON En Cours

Etes-vous accidenté du fait d'un tiers ? OUI NON

Etes-vous accidenté du travail ? OUI NON

Etes-vous pensionné de guerre / assimilé ? OUI NON

Autre :

Nom de l'assuré : Prénom :

Lien de parenté avec le bénéficiaire :

Adresse :

COUVERTURE SOCIALE	Nom et ville	N° immatriculation
Caisse d'assurance maladie		
Caisse d'assurance maladie complémentaire		
Caisse de retraite principale		
Caisse de retraite complémentaire		
Caisse d'allocations familiales		

COMPOSITION DU FOYER AU MOMENT DE LA DEMANDE

	Nom et Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Situation scolaire ou professionnelle
1	Le demandeur :			
2	Autres personnes vivant	au foyer :		
3				
4				
5				
6				

RESSOURCES ET DEPENSES MENSUELLES DU FOYER

RESSOURCES	Le demandeur	Les autres personnes	DEPENSES	Le demandeur	Les autres personnes
Salaires			Loyer + charges		
IJ Maladie			Prêt d'accèsion à la propriété		
ASSEDIC			EDF-GDF – Eau - chauffage		
Pension alimentaire			Assurances		
Pension Invalidité +MTP			Pension Alimentaire		
Rente			Frais de garde et cantine		
Retraite (principale / complémentaire)			Complémentaire santé (mutuelle)		
AAH + complément de ressources ou majoration pour la vie autonome			Dettes (EDF, logement...)		
RMI / RSA			Taxe foncière		
AEEH			Impôts revenus		
Allocation parent isolé			Taxe d'habitation		
Allocation logement et Allocations familiales			Rémunération tierce personne		
ACTP			Téléphone		
Autres (préciser)			Autres (préciser)		
TOTAL RESSOURCES			TOTAL DEPENSES		

Commission de surendettement saisie :

OUI

NON

Règlement judiciaire en cours :

OUI

NON

Situation au regard de l'emploi : Profession :

En activité
 Arrêt de travail
 Invalidité
 Demandeur d'emploi
 Retraité
 Formation Prof.
 Sans activité
 Etudiant/scolaire
 Autres

Situation au regard de la scolarité :

Etablissement :
 Maternelle
 Primaire
 Secondaire
 Supérieur

Lieu : Classe :

Contrat d'intégration scolaire :

Renseignement sur le logement : Le logement doit-il être aménagé ?
 OUI
 NON

Maison
 Appartement
 Privé
 H.L.M.
Nombre de pièces :

Propriétaire (année de construction)
 Locataire
 Occupant à titre gratuit
 Résidence principale

**Aides liées au handicap obtenues auprès d'autres organismes
dans les 12 mois précédant la demande**

Organismes	Natures	Montants	Durées

OBSERVATIONS PERSONNELLES :

.....

.....

.....

.....

Déclaration sur l'honneur :

Je soussigné certifie sur l'honneur que les renseignements portés sur ce document sont exacts.
Je prends connaissance qu'ils pourront être vérifiés lors d'une enquête administrative. J'accepte que mon dossier soit transmis aux différents organismes financeurs sollicités et je prends acte qu'il pourra être examiné par une commission de coordination des aides financières.
Je m'engage à signaler tous les changements qui modifieraient la demande.

Extrait de l'article 36 chapitre V de la loi du 6.01.78 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés « Le titulaire du droit d'accès peut exiger que soit rectifiées, complétées, clarifiées, mises à jour ou effacées les informations le concernant qui sont inexactes, incomplètes, équivoques, périmées ou dont la collecte ou l'utilisation, la communication ou la conservation est interdite. »

Date et signature du demandeur ou de son représentant légal :

CADRES RESERVES – NE PAS REMPLIR

COMITE DE GESTION DU : / /

Nature de la Demande :				
Coût total du projet :				
Assurance maladie principale :				
Assurance maladie complémentaire :				
Prestation de Compensation :				
Caisse d'assurance maladie :				
Caisse d'assurance maladie complémentaire :				
Caisse d'allocations familiales :				
Caisse de retraite :				
Caisse de retraite complémentaire :				
Autres :				
Total Financements :				
Montants restant à financer :				

DECISION DU COMITE DE GESTION

	Objet, montant ou taux PEC	Date	Signatures
AJOURNEMENT ACCORD REJET			

OBSERVATIONS :

.....

.....