

Demande d'aide à transmettre à :

Intégrance - Service Action Sociale
89 rue Damrémont - 75882 PARIS Cedex 18

Identité et situation du Demandeur

Nom et Prénom (*) : _____

N° d'adhérent (*) : _____

Domicile (*). Vous êtes :

- propriétaire locataire au domicile des Parents en Famille d'accueil
 en Foyer de vie en FAM en Foyer d'hébergement en MAS en EHPAD
 Autre hébergement, précisez sa nature : _____

Situation familiale (*). Vous êtes :

- célibataire vivant en couple nombre d'enfant à charge : _____

Emploi d'une aide ménagère ou d'une auxiliaire de vie (*) : oui non

Equipement utilisé (*):

- contrôle d'environnement fauteuil roulant manuel fauteuil roulant électrique
 lit électrique soulève-malade verticalisateur voiture aménagée

Autres, précisez : _____

Objet de la demande (*): _____

Si votre demande porte sur l'aménagement d'un logement ou d'un véhicule, un équipement médicalisé (appareil auditif, fauteuil roulant, lit électrique), un équipement non médicalisé (loupe électronique, contrôle d'environnement, synthèse vocale), nous vous informons que nous intervenons après la décision prise par la **Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) de la MDPH** qui attribue la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) si vous avez moins de 75 ans, reconnu handicapé avant 60 ans.

Si votre demande porte sur des frais de chambre particulière, des dépassements d'honoraires, du forfait journalier hospitalier, des lunettes, des prothèses dentaires, nous vous informons que nous intervenons après la décision prise par la **Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM**, qui peut vous accorder une aide financière en complément des prestations habituellement versées, en lui adressant son formulaire intitulé Demande de prestations supplémentaires.

Plan de financement - Organismes sollicités (*)	Montant accordé
Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) qui attribue la PCH	
Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM	
Centre Communal d'Action Sociale (CCAS)	
Conseil Départemental	
Autres, précisez:	

Revenus mensuels (*)	du Demandeur	du Conjoint	des Parents (si le demandeur vit chez eux)
Salaire			
Indemnités Journalières			
ARE (allocation chômage d'Aide au Retour à l'Emploi)			
ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)			
Prime d'activité (remplace le RSA)			
AAH (Allocation d'adulte handicapé)			
Complément AAH			
MVA (Majoration à la Vie Autonome)			
ACTP (Allocation compensatrice tierce personne)			
Allocation logement (APL ou ALS)			
Pension d'invalidité			
ASI (Allocation supplémentaire invalidité)			
Majoration tierce personne			
AF (Allocation familiale)			
ASF (Allocation de soutien familial)			
PAJE (Allocation de la prestation d'accueil du jeune enfant)			
AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)			
Pension alimentaire			
Retraite			
Retraite complémentaire			
Pension de reversion			
APA (Allocation personnalisée d'autonomie)			
ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			
Revenus fonciers			
Revenus mobiliers			
Rente (accident du travail, orphelin, viagère)			
Autres, précisez:			

Charges mensuelles (*)	Montant
Loyer (avant déduction de l'Allocation logement)	
Frais d'hébergement (montant reversé au Conseil Départemental au titre de l'aide sociale)	
Crédit immobilier	
Charges de co-propriété	
Frais d'électricité	
Frais de Gaz	
Eau	
Assurance d'un logement, d'un véhicule, d'un fauteuil roulant	
Frais de curatelle ou de tutelle	
Frais relatifs à l'emploi d'une tierce personne	
Pension alimentaire	
Impôts sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Autres, précisez :	

Je certifie sincères les renseignements ci-dessus et j'accepte que ces données soient utilisées aux seules fins de décision d'attribution de l'aide.

Date de la demande et Signature du demandeur ou de son représentant

Documents à joindre à la demande d'aide

- Une copie du devis ou de la facture
- Une copie du dernier avis d'impôt sur les revenus recto verso, de l'attestation de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales, de l'attestation de paiement éventuelle d'une pension d'invalidité ou d'une retraite
- Une copie de la dernière quittance de loyer ou de la taxe foncière si vous êtes propriétaire, du dernier échéancier de votre fournisseur d'électricité et de gaz, de la taxe d'habitation, des frais éventuels de tierce personne.
- Une copie la décision prise par la CDAPH si votre demande porte sur l'aménagement d'un logement ou d'un véhicule, un équipement médicalisé (appareil auditif, fauteuil roulant, lit électrique) ou un équipement non médicalisé (loupe électronique, boîtier de contrôle d'environnement, synthèse vocale)
- Une copie la décision prise par la Commission d'Action Sanitaire et Sociale de la CPAM si votre demande porte sur des frais de chambre particulière, des dépassements d'honoraires, du forfait journalier hospitalier, des lunettes ou des prothèses dentaires
- Une copie d'un avis médical si votre demande porte sur une aide ménagère, indiquant la durée de l'intervention

(*) : Les données personnelles collectées et traitées sont obligatoires pour éclairer la Commission Action Sociale dans sa décision d'attribution de l'aide. Elles ne sont pas conservées au-delà des durées de prescription applicables et de conservation des documents comptables. Conformément à la loi « Informatique et Libertés » n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée et au Règlement Général que la Protection des Données du 27 avril 2016, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification, d'effacement, de limitation ou d'opposition au traitement, de portabilité des données vous concernant ou pouvez introduire une réclamation ou des directives post mortem. Ces droits peuvent être exercés auprès du Siège social de la Mutuelle Intégrance qui est responsable du traitement de vos données : Mutuelle Intégrance – DPO – Service Réclamations - 89 rue Damrémont – 75882 PARIS CEDEX 18