

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

Nom et Prénom : _____

N° d'adhérent : _____

Objet de la demande d'aide :

Domicile du demandeur (raier les mentions inutiles)

Propriétaire, locataire, des Parents,
Etablissement d'hébergement, précisez sa nature : _____

Situation familiale et médicale (raier les mentions inutiles)

Ces données permettant d'éclairer la Commission dans sa décision resteront confidentielles

- **Situation du demandeur :**

Célibataire, Marié(e), Concubinage, Veuf(ve), Séparé(e), Divorcé(e)
Activité Salarié, au chômage, en arrêt de travail, en invalidité

- **Situation du conjoint :**

Activité Salarié, au chômage, en arrêt de travail, en invalidité

- **Nombre d'enfant à charge :** _____

- **Handicap :** Auditif, déficience rénale ou respiratoire, mental, moteur, muet, visuel

- **Le demandeur est-il sous :** tutelle ou curatelle ?

- **Emploi d'une tierce personne :** oui ou non

- **Equipement utilisé actuellement :**

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

Autres, précisez: _____

Plan de financement - Organismes sollicités	Montant des aides accordées
Prestation de Compensation du Handicap de la MDPH	
Fonds Départemental de Compensation de la MDPH	
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 d'aide au Retour à l'Emploi)			
ASS (Allocation de Solidarité Spécifique)			
RSA (Revenu de Solidarité Active)			
AAH (Allocation d'adulte handicapé)			
Complément AAH			
MVA (Majoration à la Vie Autonome)			
ACTP (Allocation compensatrice tierce personne)			
APL ou ALS (Aide au logement)			
Pension d'invalidité			
ASI (Allocation supplémentaire invalidité)			
Majoration tierce personne			
AF (Allocation familiale)			
ASF (Allocation de soutien familial)			
AEEH (Allocation d'éducation de l'enfant handicapé)			
Pension alimentaire			
Retraite			
Pension de reversion			
APA (Allocation personnalisée d'autonomie)			
ASPA (Allocation de Solidarité aux Personnes Agées)			
Rente Orphelin ou Accident du travail			
Autres , précisez:			

Charges mensuelles	Montant
Loyer (avant déduction de l'APL)	
ou Frais d'hébergement (montant reversé au Conseil Départemental au titre de l'aide sociale)	
ou Crédit immobilier	
EDF	
GDF	
Eau	
Assurance d'un logement	
Assurance d'un véhicule	
Frais de tutelle ou de curatelle	
Frais relatifs à l'emploi d'une tierce personne	
Pension alimentaire	
Impôts sur le revenu	
Taxe d'habitation	
Taxe foncière	
Cotisation	
Autres, précisez:	

Je certifie sincères les renseignements ci-dessus. A: _____ le: / /
Signature du demandeur ou de son représentant (précisez alors le nom et la qualité)

Documents à joindre à la demande d'aide

- Une copie du **devis ou de la facture**
- Une copie des pièces justificatives concernant les **revenus** :
Dernier avis d'impôt sur les revenus recto verso, attestation de paiement de la Caisse d'Allocations Familiales, attestation de paiement de pension d'invalidité, dernier bulletin de salaire.
- Une copie des pièces justificatives concernant les **charges** :
Dernier échéancier d'EDF, de GDF, de l'impôt sur le revenu, de la taxe d'habitation, éventuellement de la taxe foncière, de la dernière quittance de loyer, des frais de tierce personne.
- Pour une demande relative à un aménagement, un appareil médical ou non, un fauteuil roulant :
 - Une copie de la décision prise par la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées de la **MDPH** qui attribue la PCH (Prestation de Compensation du Handicap) **si vous avez moins de 75 ans, reconnu handicapé avant 60 ans.**
 - Une copie de la décision de 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, **si vous avez plus de 75 ans ou reconnu handicapé après 60 ans**
- Pour une demande relative à des lunettes, des frais de chambre particulière, des dépassements d'honoraires, du forfait journalier hospitalier et des prothèses dentaires :
Une copie de la décision de 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
- Pour une demande d'aide ménagère : Une copie d'un **avis médical** indiquant la nécessité d'une aide ménagère et la durée de l'intervention