

A transmettre en priorité par mail : patrice.pointillon@integrance.fr

Sinon à : Mutuelle Intégrance - Service Action Sociale - 89 rue Damrémont - 75882 PARIS Cedex 18

NOM et Prénom du demandeur (*) :

N° d'adhérent (*) :

E-mail (*) :

Domicile et Situation familiale (*). 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 :

Célibataire : Vivant en couple :

Nombre d'enfant à charge :

Aide humaine nécessaire et Equipement utilisé (*) :

Emploi d'une aide ménagère ou d'une auxiliaire de vie :

Contrôle d'environnement : Fauteuil roulant manuel : Fauteuil roulant électrique :

Lit électrique : Soulève-malade : Verticalisateur : Voiture aménagée :

Autres, précisez :

Objet de la demande (*) :

Organismes sollicités (*) :

Montant de la PCH attribuée par la CDAPH de la **MDPH** :

Si votre demande porte sur l'aménagement d'un logement ou d'un véhicule, un équipement médicalisé (fauteuil roulant, lit électrique), un appareil contribuant à conserver une autonomie (loupe électronique, boîtier de contrôle d'environnement, synthèse vocale), nous intervenons après la décision prise par la CDAPH (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.

Montant de l'aide accordée 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, 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 supplémentaire

Montant des **autres aides** accordées (Précisez le nom de l'organisme) :

Montant des Charges mensuelles (*) :

Indiquer aussi celles des Parents si le demandeur vit chez eux

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 ou d'un fauteuil roulant :

Frais de curatelle ou de tutelle :

Frais concernant l'emploi d'une tierce personne :

Pension alimentaire :

Impôts sur le revenu :

Taxe d'habitation :

Taxe foncière :

Autres :

Montant des Revenus mensuels (*) :

Indiquer aussi les revenus du Conjoint ou des Parents si le demandeur vit chez eux

Salaire :

Indemnités journalières :

Prime d'Activité :

Allocation chômage d'Aide au Retour à l'Emploi :

Allocation de Solidarité Spécifique :

AAH :

Complément d'AAH :

Majoration à la Vie Autonome :

Allocation Compensatrice Tierce Personne :

Allocation Logement :

Pension d'invalidité :

Allocation Supplémentaire Invalidité :

Majoration Tierce Personne :

Allocation Familiale :

Allocation de soutien familial :

PAJE – Allocation de la prestation d'accueil du jeune enfant :

AAEH – Allocation d'éducation de l'enfant handicapé :

Pension alimentaire :

Retraite :

Pension de reversion :

Allocation Personnalisée d'Autonomie :

ASPA – Allocation de Solidarité aux Personnes Agées :

Revenus fonciers :

Revenus Mobiliers :

Rente (accident du travail, orphelin, viagère) :

Autres :

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. **Cocher** :

Date de la Demande :

Signature du Demandeur ou de son représentant :
(nécessaire si le dossier de demande est envoyé par courrier)

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 (fauteuil roulant, lit électrique) ou un appareil contribuant à conserver une autonomie (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
- Une copie d'un avis médical si votre demande porte sur une aide ménagère, indiquant la durée de l'intervention
- Une copie d'un avis médical précisant la nécessité d'Appareils auditifs de classe 2, la réforme 100% santé (reste à charge zéro) prenant en charge les appareils auditifs de classe 1

() : 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*