

Fonds Départemental de Compensation du Handicap Et Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'Autonomie du Bas-Rhin

Demande de Financement

Le Fonds Départemental de Compensation du Handicap (FDCH) s'adresse à toutes les personnes en situation de handicap, qui ont besoin d'un aménagement du logement ou du véhicule et/ou d'acquisition d'aides techniques.

La Conférence des Financeurs de la prévention de la perte d'autonomie s'adresse à toutes les personnes de 60 ans et plus qui ont un besoin d'aide technique ou de domotique.

Il s'agit d'aides financières complémentaires qui peuvent être sollicitées dans les cas suivants :

- directement pour les personnes de plus de 60 ans qui ne peuvent prétendre ni à la Prestation de Compensation du Handicap ni à l'Allocation Personnalisée Autonomie.
- en complément d'un dossier de Prestation de Compensation du Handicap s'il existe un solde à charge du demandeur.
- en complément d'une prise en charge de l'aide technique ou de l'aménagement du logement par l'Allocation Personnalisée d'Autonomie ou par les aides des caisses de retraite s'il existe un solde à charge du demandeur.

La Maison Départementale de l'Autonomie du Bas-Rhin constitue le guichet unique pour les demandes de financement au titre du Fonds Départemental de Compensation du Handicap et de la Conférence des Financeurs.

Afin de faciliter vos démarches, elle est en charge de :

- Centraliser les demandes de financement,
- Informer le demandeur de l'état du dossier,
- Rechercher un financement auprès des organismes compétents (pour les demandes au titre du Fond de Compensation Départemental du Handicap)

Ce formulaire, lorsqu'il est complété et signé, doit être retourné à la Maison de l'Autonomie 6a, rue du Verdon 67100 STRASBOURG - Téléphone : 0800 747 900

Attention : pour une demande d'aménagement du logement, une demande ANAH doit être faite en ligne à l'adresse suivante : <https://monprojet.anah.gouv.fr/>

Attention :

- Le solde restant à votre charge doit être au minimum de **50 €**.
- Les plafonds de ressource maximale pour bénéficiaire de ces aides financières sont :

Nombre de personnes composant le foyer	Plafonds
1	28 488 €
2	38 043 €
3	45 750 €
4	55 231 €
5	64 973 €
Par personne supplémentaire	8167 €

1 - Identification de la personne concernée par la demande

Nom de naissance et prénom :

Nom d'époux (se) : Date de naissance : / /

Adresse :

Code postal : Ville :

Téléphone : Portable.....

Mail :@.....

Nationalité : Majeur sous protection : Tutelle Curatelle

N° de sécurité sociale :

Organisme de remboursement des frais de santé : CPAM Autre :Régime d'affiliation : Régime local d'Alsace Moselle Régime généralBénéficiaire d'une couverture complémentaire : Oui NonBénéficiaire de la CMU complémentaire : Oui Non

N° allocataire CAF :

N° de dossier APA : GIR :

2 - Composition du foyer de la personne concernée par la demandeSituation familiale : célibataire marié(e) pacsé(e) vie maritale séparé(e) divorcé(e) veuf (ve)

Nom Prénom	Lien de parenté	Date de naissance

3 - Renseignements sur la résidence principale de la personne concernée par la demande

- Propriétaire Usfruitier Occupant à titre gratuit
 Locataire (si oui, accord du propriétaire pour les travaux oui non)
 H.L.M. Privé Foyer logement
Autres cas : famille d'accueil Etablissement
-

4 - Identification de la demande

Quels sont vos besoins :

- en matière d'aménagement du logement :

.....

Pour une demande d'aménagement du logement, une demande ANAH doit être faite en ligne :
Demande effectuée Oui Non

- en matière d'aménagement du véhicule :

.....

- en matière d'aides techniques (fauteuil roulant, prothèses auditives, ...) :

.....

Ces besoins font il suite à un accident Oui Non
Si oui, avec Tiers responsable ? Oui Non

Date de l'accident :
Assurance à contacter :

Avez-vous rencontré un ergothérapeute ? Oui : (nom de l'organisme)
 Non

5 - Caisses de Retraites principales et complémentaires, Caisse de prévoyance, Mutuelle et autres organismes à solliciter

Nom et Adresse
Caisse Retraite Principale :
Caisse(s) Retraite(s) Complémentaire(s) :
Mutuelle :
Autres (exemples : association, anciens combattants, ...) :

**6 – Montants mensuels des ressources et des charges des personnes vivant au foyer
(à la date de la demande, dont les revenus non imposables)**

Ressources mensuelles du foyer				Charges mensuelles du foyer	
Libellé	Demandeur	Conjoint	Autres	Libellé	Montant
Salaire(s) net(s)				Logement :	
Bénéfices commerciaux, artisanaux ou agricoles				• Accession à la propriété	
Indemnités journalières de maladie				• Loyer	
Complément(s) indemnités journalières versée(s) (employeur ou organisme de prévoyance)				• Charges locatives / copropriété	
Allocation(s) chômage				• Electricité / gaz	
Pension(s) alimentaire(s)				• Chauffage	
Pensions :				• Eau	
• Invalidité / invalidité complémentaire				• Téléphone /accès internet	
• Rente accident du travail ou maladie professionnelle					
• Militaire : veuve de guerre / civile				Impôts :	
Retraite :				• Impôt sur le revenu	
• Principale				• Taxe foncière	
• Complémentaire (nom et montant)				• Taxe d'habitation / redevance audiovisuelle	
Revenus locatifs				Assurance :	
Revenus mobiliers				• Habitation	
Rente viagères				• Véhicule	
Bourses scolaires				• Mutuelle	
Prestations familiales :				• Autres (à préciser) :	
• Allocation d'Adulte Handicapé					
• Majoration pour la Vie Autonome et Complément de ressources				Autres frais :	
• Revenu de Solidarité Active				• Transport(s)	
• Allocation(s) logement				• Frais scolaires (cantine, internat...)	
• Autres prestations familiales :					
Autres ressources				• Pensions alimentaires	
SOUS TOTAL				• Crédit(s) bancaires / consommation	
Ressources tierces personnes :				• Charges de tierces personnes ou aide-ménagère	
• Allocation Compensatrice pour tierce personne				• Autres charges :	
• Prestation de Compensation du Handicap					
• Allocation Personnalisée d'Autonomie					
• Allocation Education Enfant Handicapé					
SOUS TOTAL					
TOTAL DES RESSOURCES				TOTAL DES CHARGES	

7 – Attestation sur l’Honneur

Je soussigné(e), Nom : Prénom :

Né(e) le /..... /..... certifie sur l’honneur que les renseignements portés sur l’ensemble du document sont exacts. Je prends connaissance qu’ils pourront être vérifiés lors d’une enquête administrative.

Je m’engage à signaler à toute personne chargée de mon dossier de toutes les demandes de subventions auprès d’organismes financeurs, non représentés au Fonds Départemental de Compensation du Handicap et que j’ai effectuées ou que j’envisage de faire.

Je prends acte que mon dossier pourra être examiné par le Comité de Gestion du Fonds Départemental de Compensation du Handicap du Bas-Rhin.

Je donne mon accord pour que tout ou partie des aides qui me seront accordées soit versé directement à un tiers ou à un créancier.

En cas de fausse déclaration, il me sera demandé de rembourser les sommes versées.

En cas de déclaration fiscale pour l’obtention d’un crédit d’impôt relatif aux travaux effectués, je m’engage à déduire des sommes payées les aides et subventions perçues.

Je prends note que les travaux, en cas d’aménagement du logement, ne doivent pas être commencés avant d’avoir la réponse des financeurs sauf demande et accord préalable de dérogation.

Date :

Signature du demandeur (obligatoire) :

8 – Pièces à joindre sous forme de copie :

Pour chaque personne vivant au domicile :

- ✓ Le dernier avis d’imposition (complet : avec détail des revenus) **de toutes les personnes** vivant au domicile
- ✓ Justificatifs de ressources : selon le cas :
- ✓ Les trois derniers bulletins de salaire des personnes en activité
- ✓ Copie de la déclaration annuelle des différentes retraites ou copie de la déclaration préremplie des impôts ou relevés bancaires
- ✓ Attestation CAF, attestation de pension d’invalidité ou pôle-emploi

Pour le bénéficiaire :

- ✓ Relevé d’identité bancaire RIB
- ✓ S’il est locataire, une autorisation d’effectuer des travaux d’aménagement du logement dûment signée par le propriétaire
- ✓ Dans le cas des aides techniques tels que fauteuil, prothèse auditive, ... une attestation de votre mutuelle indiquant le montant pris en charge
- ✓ Pour l’acquisition d’un appareillage auditif, un devis ou une facture **et** un audiogramme vocal et tonal.

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L114-13 du Code de la sécurité sociale – Article 441 -1 du Code pénal – Article L135-1 du Code de l’action sociale et des familles).

La loi n°78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l’informatique, aux fichiers et aux libertés s’applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d’accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Imprimé par le Conseil Départemental du Bas-Rhin