

# FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

: MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES DU GERS  
12, rue Pelletier d'Oisy – 32000 AUCH  
☎ : 05.62.61.76.63 - 📠 : 05.62.61.76.67  
Personne référente : Mme REY Marie-Christine

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		
Pension alimentaire			Assurances		
Pension Invalidité +MTP			Pension Alimentaire		
Rente			Frais de garde		
Retraite (principale / complémentaire)			Complémentaire santé (mutuelle)		
AAH			Dettes (EDF, logement...)		
RMI			Taxe foncière		
AEEH			Impôts revenus		
Allocation parent isolé			Taxe d'habitation		
Allocation logement			Rémunération tierce personne		
ACTP			Téléphone		
Autres (préciser)			Autres (préciser)		
<b>TOTAL RESSOURCES</b>			<b>TOTAL DEPENSES</b>		

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 :				
<b>Total Financements :</b>				
<b>Montants restant à financer :</b>				

## DECISION DU COMITE DE GESTION

	Objet, montant ou taux PEC	Date	Signatures
AJOURNEMENT ACCORD REJET			
AJOURNEMENT ACCORD REJET			
AJOURNEMENT ACCORD REJET			
AJOURNEMENT ACCORD REJET			

OBSERVATIONS : .....

.....

.....

## LISTE DES PIECES A JOINDRE AU DOSSIER

### → Justificatifs des ressources et dépenses des personnes vivant dans le foyer :

(Joindre les justificatifs des trois derniers mois correspondant à votre situation)

#### REVENUS :

- Bulletins de salaire
- Justificatifs d'attribution d'indemnités journalières maladie
- Notification ASSEDIC
- Notification de pension alimentaire
- Notification de pension d'invalidité
- Justificatif de retraite
- Justificatifs d'attribution d'aide (ACTP, MTP...)

#### DEPENSES :

- Quittance de loyer (charges comprises)
- Justificatifs d'accession à la propriété
- Factures (EDF, GDF, eau, téléphone...)
- Justificatifs d'assurances (voiture, habitation...)
- Justificatif de versement d'une pension alimentaire
- Justificatifs de dettes (EDF, logement, crédit à la consommation...)
- Avis d'imposition ou de non imposition 2007
- Justificatifs de taxe d'habitation et de taxe foncière
- Justificatifs d'adhésion à des mutuelles avec montants des cotisations

#### AUTRES :

- Justificatif de mise sous tutelle ou curatelle
- RIB de la personne à qui sera effectué le versement de l'aide accordée

### → Pour les aides techniques :

- Devis ou facture(s)
- Attestation d'essai de l'audioprothésiste (pour prothèse auditive)

### → Pour l'aménagement du domicile :

- Devis ou facture(s)
- Si vous êtes propriétaire : attestation de propriété
- Si vous êtes locataire : autorisation du propriétaire ainsi que son mode de participation à l'amélioration de sa propriété (remise sur loyer, achat de matériaux...)

### → Vos démarches :

- Justificatifs de toutes vos démarches faites auprès des employeurs, des mutuelles, des associations et autres organismes (avec notification de prise en charge ou de rejet).

NE PAS OUBLIER DE DATER ET SIGNER LE DOSSIER