

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

Fonds complémentaire financé par le Département, l'Etat, la Caisse Primaire d'Assurance Maladie, la Mutualité Sociale Agricole, la Ville de Rennes et géré par la Maison Départementale des Personnes Handicapées.

Ce dossier vous permet de solliciter des aides financières exceptionnelles ou extras légales en complément des aides légales obtenues.  
Il sera, tout comme les pièces justificatives demandées, présenté aux membres du Fonds départemental de compensation et adressé aux autres financeurs sollicités (précisions page 6).

**Merci de bien vouloir remplir ce dossier en majuscule à l'aide d'un stylo noir**

### Identification de la demande

- Aide technique
- Aménagement du logement
- Aménagement du véhicule
- Aide exceptionnelle

### Identification du bénéficiaire de la demande

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

Date et lieu de naissance : . . / . . / .... à \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code Postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

 : \_\_\_\_\_  : \_\_\_\_\_

Adresse mail : \_\_\_\_\_

Caisse du Régime de sécurité sociale (CPAM, MSA, autres caisses) : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Nom et coordonnées du tuteur ou de l'autorité parentale : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

### Composition de la famille (hors bénéficiaire)

Nom et Prénom	Lien de parenté	Date de naissance	Statut (salarié, étudiant, invalidité, retraite)

Résidence des enfants en cas de séparation des parents : \_\_\_\_\_

**Merci de renseigner les informations ci-dessous si vous déposez une demande liée à l'habitat :**

**Etes-vous :**

Propriétaire

En accession à la propriété

Locataire d'un bailleur privé

Locataire d'un bailleur public

Ancienneté de votre logement : moins de 15 ans  plus de 15 ans

**Financement prévisionnel du projet :**

Libellé du projet : .....

Montant du projet : \_\_\_\_\_ € Le projet est-il réalisé ?↑ oui  non

Montant des aides déjà accordées ..... €

➤ Aides légales (Sécurité Sociale, ANAH, Bailleur, AGEFIPH, FIPHPF, PCH)..... €

➤ Aides extra-légales (aides exceptionnelles accordées par certains organismes) ..... €

➤ Complémentaire santé (joindre le devis de remboursement) ..... €

Montant total restant à financer à ce jour ..... €

Choix du destinataire du paiement par virement de la paierie départementale pour les aides accordées par le Fonds départemental de compensation :

au nom de votre fournisseur : paiement effectué directement au fournisseur

à votre nom

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

Ressources mensuelles du foyer	Vous	Conjoint(e) Concubin(e)	Autres ressources du foyer
Salaire net			
Prime d'activité (Caf)			
Indemnités journalières depuis le :.....			
Complément de salaire (employeur ou autre)			
Allocation chômage			
Invalité hors majoration tierce personne			
Revenu de solidarité active (Rsa)			
Allocation Adulte Handicapé (Aah)			
Complément de ressources			
Majoration pour la vie autonome (Mva)			
Retraites de base et complémentaire			
Pension, rente accident du travail			
Rente indemnisation pour préjudice			
Revenus fonciers, mobiliers			
Allocations familiales/complément familial			
Allocation Soutien Familial (Asf)			
Prestation d'accueil du jeune enfant (Paje)			
Complément de libre choix d'activité			
Allocation logement (Apl)			
Autres (pension alimentaire...)			
Allocation d'Education pour l'Enfant Handicapé (Aeeh) + Complément n°...			
Allocation Journalière de Présence Parentale (Ajpp)			
Allocation Compensatrice Tierce Personne (Actp)			
Majoration Tierce Personne (Mtp)			
Prestation de Compensation (Pch) « aides humaines » :			
• Frais de prestataires			
• Frais de mandataires			
• Frais d'emploi direct			
• Dédommagement aidant familial			
Forfait surdité, forfait cécité			
Allocation personnalisée à l'autonomie (Apa)			
<b>TOTAL</b>			

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

Charges mensuelles du foyer	Vous	Conjoint(e) Concubin(e)	Autres ressources du foyer
Assurance habitation			
Assurance véhicule			
Charges liées au handicap (veuillez préciser)			
> Transports (taxi...)			
> Aides humaines (justification de la Pch, Actp, Mtp) :			
• Frais de prestataires			
• Frais de mandataires			
• Frais d'emploi direct			
• Dédommagement aidant familial			
> Autres frais de santé (non ou partiellement remboursés) (assurance fauteuil roulant, médicament...)			
Complémentaire santé			
Loyer en totalité (sans déduction APL)			
Accession à la propriété			
Crédits / emprunts, préciser la nature et l'échéance (hors accession à la propriété)			
Eau, électricité, Chauffage			
Impôts fonciers			
Impôts sur le revenu			
Taxe d'habitation			
Téléphone, internet, télé			
<b>TOTAL</b>			

**TOTAL RESSOURCES.....TOTAL CHARGES..... POUR .....PERSONNE(S) AU FOYER**

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

### RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Bénéficiez-vous de la Couverture maladie universelle complémentaire (Cmu-c) ?

Oui  non

Bénéficiez-vous de l'aide à la complémentaire santé

Oui  non

Etes-vous adhérent (e) à une assurance complémentaire ou mutuelle ? Oui  non   
*(joindre copie de la carte d'adhésion en cours de validité)*

Indiquez le nom et l'adresse : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



N° adhérent : \_\_\_\_\_

Cotisez-vous à une caisse de retraite, vous ou votre conjoint (le cas échéant) ? Oui  non

Nom de la caisse de retraite complémentaire (ARCOO, AGIRC) *(joindre copie d'un relevé de points récent)* \_\_\_\_\_

Adhérez-vous à une caisse de prévoyance (risque maladie et accident) ? *(joindre justificatif)*

Oui  non

Indiquez le nom et l'adresse de la caisse de prévoyance : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



Une compagnie d'assurance a-t-elle indemnisé votre handicap ? Oui  non

Nom de la compagnie : \_\_\_\_\_

Année d'indemnisation *(joindre la copie de l'indemnisation)* : \_\_\_\_\_

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

Le Fonds départemental de compensation regroupe les aides des financeurs fondateurs du FDC : le Département, l'Etat, la Cnam (Caisse primaire d'assurance maladie), la Msa (Mutualité sociale agricole) et le Ccas de Rennes (Centre communal d'action social).

Des recherches de financements nécessaires à la réalisation de votre projet seront effectuées auprès d'autres financeurs (mutuelles, caisses de retraite, caisses de prévoyance, CCAS locaux).

Par ailleurs, des financeurs de proximité (institution ou association) pourraient être également contactés pour une demande de financement complémentaire.

Sauf avis contraire de votre part le Comité technique de gestion du fonds départemental de compensation s'autorisera à solliciter un ou plusieurs des organismes ci-dessous. **Si vous vous opposez à la sollicitation d'un de ces organismes, merci de cocher la ou les cases correspondantes :**

Centre communal d'action sociale de votre commune (Ccas) Oui  Non

Comité d'entreprise (*merci de préciser le nom et le n° de téléphone de la personne à contacter*)

Oui  Non  : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Employeur (*merci de préciser le nom et le n° de téléphone de la personne à contacter*)

Oui  Non  \_\_\_\_\_

Autres (*précisez si vous connaissez une structure susceptible d'être contactée*) Oui  Non  \_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ sollicite l'intervention du Fonds départemental de Compensation et atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur ce dossier.

Je m'engage à fournir les renseignements complémentaires qui pourraient m'être demandés et à informer le Fonds départemental de compensation de tout changement dans la situation décrite (accord de financement ultérieur).

A ....., le .../.../.....

**Signature du demandeur**  
**(Ou de son représentant légal)**

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

### EXPOSE DE VOTRE SITUATION ACTUELLE ET DE VOTRE PROJET

*Ce document peut être rédigé par vous-même, un travailleur social ou une personne de confiance.*

#### VOTRE PARCOURS PROFESSIONNEL (LE CAS ECHEANT)

Votre ou vos derniers employeurs :

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

#### VOS BESOINS CORRESPONDANT A VOTRE PROJET

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

## DEMANDE D'INTERVENTION AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION

DOCUMENT A COMPLETER SI VOUS ETES BENEFICIAIRE :

- de l'Allocation compensatrice tierce personne (Actp),
- de la Majoration tierce personne (Mtp),
- du forfait surdité ou cécité

Vous percevez l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (Actp), la Majoration Tierce Personne (Mtp), le forfait surdité ou cécité qui ont vocation à compenser financie rement les frais de tierce(s) personne(s) dont vous êtes susceptible d'avoir besoin dans le cadre de votre quotidien (intervention d'aide-ménagère, auxiliaire de vie, interprétariat...).

Afin d'étudier votre demande d'aide financie re extra-légale, vous voudrez bien joindre au dossier les justificatifs de dépenses concernant l'intervention de tierce(s) personne(s) (factures prestataires, copie de la déclaration URSSAFF d'emploi à gré à gré...), mentionnant le nombre d'heures d'intervention, sur les 3 derniers mois.

Dans le cas où vous n'employez pas de personnel ou ne faites pas appel à un service d'aide à domicile ou d'interprétariat mais que vous êtes aidé(e) par votre entourage, veuillez remplir le bordereau ci-dessous :

### DECLARATION SUR L'HONNEUR

Je soussigné(e) : \_\_\_\_\_  
déclare :

- Avoir une aide de mon entourage représentant \_\_\_\_\_ heures par mois,
- Utiliser l'Actp ou la Mtp pour dédommager une ou plusieurs personnes de mon entourage à hauteur de \_\_\_\_\_ euros par mois,
- Utiliser le forfait surdité pour dédommager une ou plusieurs personnes de mon entourage à hauteur ..... d'euros par mois,
- Utiliser le forfait cécité pour dédommager une ou plusieurs personnes de mon entourage à hauteur de \_\_\_\_\_ euros par mois.

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

**Signature du demandeur  
(ou de son représentant légal)**