

## Formulaire de demande au Fonds Départemental de Compensation du Finistère

### Bénéficiaire

NOM, Prénom \_\_\_\_\_

Date de naissance \_\_\_\_\_

Assuré  Conjoint  Personne vivant maritalement avec l'assuré  Enfant  Autre bénéficiaire

### Identité Assuré

Nom de la Caisse d'Assurance Maladie \_\_\_\_\_

N° d'Assuré Social

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

NOM, Prénom \_\_\_\_\_  
(Nom marital, s'il y a lieu)

Adresse \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ N° Tél. \_\_\_\_\_ N° portable \_\_\_\_\_

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle (C.M.U.) ? OUI  NON

### Objet de la Demande

**Aide technique**  **Habitat**

**Si demande d'aide pour l'habitat**, l'assuré est-il propriétaire ou accédant à la propriété? OUI  NON

Si l'assuré est locataire : **Privé**  **Bailleur HLM**  Nom de l'organisme HLM : \_\_\_\_\_

Date de la construction : \_\_\_\_\_

### Destinataire de l'aide financière

Demandeur

Tiers

Fournisseur

Nom, adresse et téléphone : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Situation Familiale

Célibataire   
  Marié(e)   
  PACS   
  Vie Maritale   
  Séparé(e)   
  Divorcé(e)   
  Veuf(ve)

### Composition de la Famille

#### L'assuré et les personnes vivant au foyer

Parenté	Nom-Prénom	Date de naissance	Profession et Employeur, Ecole ou structure d'hébergement
Assuré .....	_____	_____	_____
Conjoint ou Concubin ...	_____	_____	_____
Enfants à charge .....	_____	_____	_____
	_____	_____	_____
Autres .....	_____	_____	_____
Parents .....	_____	_____	_____
Descendants .....	_____	_____	_____

### Allocations liées au handicap

Bénéficiez-vous de l'Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé (AEEH) ? OUI  NON

Si vous bénéficiez d'un Complément d'AEEH, précisez la catégorie .....

Si vous bénéficiez d'un Complément pour Frais, précisez la catégorie .....

**Montant mensuel accordé** .....

Bénéficiez-vous de la Majoration Parent Isolé (MPI) ? OUI  NON

Bénéficiez-vous de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP) ? OUI  NON

Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne (MTP) ? OUI  NON

### Divers

Bénéficiez-vous d'une exonération du ticket modérateur au titre d'une Affection de Longue Durée (ALD) ? OUI  NON

Etes-vous accidenté du fait d'un tiers ? OUI  NON

Si oui, y a-t-il eu indemnisation ? OUI  NON  Demande en cours

**Ressources mensuelles des personnes vivant au foyer**

Toutes les ressources, même non imposables, doivent être déclarées

**Montant des ressources du mois précédant la date de la demande**

NATURE DES RESSOURCES	ASSURÉ	CONJOINT	AUTRES	CHARGES MENSUELLES	MONTANT
<b>REVENUS LIÉS A UNE ACTIVITÉ</b>				Loyer .....	
Salaires nets .....					
Indemnités chômage.....					
Indemnités journalières Sécurité Sociale .....				Accession à la propriété .....	
Arrêt de travail (complément de salaire) .....				Prêts divers .....	
Revenus d'activité non salariée .....				E.D.F. , eau, Chauffage .....	
<b>PENSIONS ET RENTES</b>				Mutuelle .....	
Pensions d'invalidité .....				Pension alimentaire .....	
Majoration tierce personne .....				Divers .....	
Fonds Spécial d'Invalidité (ex. FNS) .....					
Pension vieillesse .....					
Allocation Supplémentaire (ex. FNS) .....					
Retraites complémentaires .....					
Pension civile et militaire .....					
Pension invalide ou veuve de guerre .....					
Rentes accidents du travail ou survivants .....					
Allocation compensatrice .....					
<b>PRESTATIONS FAMILIALES et SOCIALES</b>				Frais liés au handicap (tierce personne, aide ménagère, frais d'hygiène, etc...) .....	
Revenu Minimal d'Insertion (RMI) .....					
Allocation Parent Isolé (API) .....					
Allocation Adultes Handicapés (AAH) .....					
Allocations familiales .....					
Aide au Logement .....					
Autres prestations familiales .....					
<b>REVENUS DIVERS</b>					
Revenus mobiliers ou immobiliers .....					
Bourses .....					
Pensions alimentaires .....					
Autres revenus (origine) .....					

**TOTAL** .....

--	--	--

--

## Financeurs à solliciter

**Organisme d'assurance maladie** (CPAM ou MSA ou CMR ou ENIM ou CNMSS ou SNCF ou MGEN ou autre) :

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Organisme Complémentaire** (mutuelle, caisse de prévoyance, assurance, ...) :

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Caisse(s) de retraite complémentaire** :

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Centre Communal d'Action Sociale CCAS – Mairie de** :

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

Je souhaite que le CCAS soit sollicité : OUI  NON

**Comité Entreprise, employeur, autre** :

Adresse \_\_\_\_\_

Personne à contacter \_\_\_\_\_ Téléphone \_\_\_\_\_

**Au besoin ajouter informations supplémentaires sur une feuille jointe.**

## Déclarations du demandeur

- ❶ Je sollicite une aide financière et déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements communiqués à l'appui de ma demande.
- ❷ Je donne mon accord pour le versement de l'aide financière au destinataire désigné en page 1.
- ❸ J'autorise la communication des éléments de ma situation contenus dans ma demande aux instances et services des organismes concernés.
- ❹ Je certifie que mon projet a été élaboré en concertation avec une Equipe Technique d'Evaluation : OUI  NON

Nom et Prénom : ..... Le : ..... Signature du Demandeur ou de son Représentant légal,

NB : La loi 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, s'applique aux éléments saisis pour ce dossier. Elle garantit un droit d'accès et de rectification pour les données personnelles concernant l'utilisateur.