




**CADRE RESERVE A L'ADMINISTRATION**

Dossier suivi par : \_\_\_\_\_ Transmis par : \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_  \_\_\_\_\_

 \_\_\_\_\_

**DEMANDE DE FINANCEMENT AU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION**

**BENEFICIAIRE**

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_ Civilité : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

N° Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_ Caisse de Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

N° CAF : \_\_\_\_\_ Bénéficiez vous de la CMU Complémentaire ?  Oui  Non

Complément d'adresse : \_\_\_\_\_

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

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

Etes vous ?  Propriétaire  Locataire  Hébergé  Autre, préciser : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

Fax : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Etes vous ?  Célibataire  Marié  Vie maritale  Pacsé  Séparé  Divorcé  Veuf

Nombre de personnes dans le foyer : \_\_\_\_\_

**REPRESENTANT LEGAL**

Parents  Tutelle  Curatelle  Sauvegarde de justice

Préciser le nom, prénom du représentant légal : \_\_\_\_\_

Organisme : \_\_\_\_\_ Courriel : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ CP/Ville : \_\_\_\_\_

Téléphone : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_

**MUTUELLE**

N° Adhérent : \_\_\_\_\_ Désignation : \_\_\_\_\_

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

Téléphone : \_\_\_\_\_ Contact : \_\_\_\_\_

► **COMPOSITION DU FOYER**

Lien de Parenté	Nom / Prénom	Date de Naissance	Activité professionnelle / Activité scolaire / Autres
Bénéficiaire			
Conjoint/Concubin			

► **RESSOURCES MENSUELLES** (*joindre les justificatifs*)

Ressources	Bénéficiaire	Conjoint/Concubin	Autres personnes
Salaire net			
Indemnités journalières (IJ)			
Allocation de retour à l'emploi (ARE)/ Allocation de solidarités spécifiques (ASS)			
Revenu de solidarité active (RSA )			
Rente accident du travail / Maladie Professionnelle			
Pension d'invalidité Préciser la catégorie :			
Retraite principale			
Retraite complémentaire			
Allocation adulte handicapé (AAH)			
Prestations familiales			
Pension alimentaire reçue			
Revenus immobiliers / mobiliers			
Autre (Préciser) :			
Autre (Préciser) :			
<b>TOTAL</b>			

► **INFORMATIONS FOYER FISCAL** (*voir avis d'imposition*)

Revenu Fiscal de référence : \_\_\_\_\_

Nombre de parts fiscales : \_\_\_\_\_

► **CHARGES MENSUELLES** (Joindre les justificatifs)

Charges	Montants	Commentaires
Loyer		
Accession à la propriété		
Cotisation mutuelle		
Impôts sur le revenu		
Taxe foncière		
Taxe d'habitation		
<b>TOTAL</b>		

**SITUATION DU BENEFICIAIRE AU REGARD DE L'EMPLOI**

Profession actuellement exercée : \_\_\_\_\_

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

En arrêt maladie ou de travail depuis le : \_\_\_\_\_

Demandeur d'emploi depuis le : \_\_\_\_\_  Indemnisé  Non indemnisé

Demandeur d'emploi en formation (préciser) : \_\_\_\_\_

**DATE ET SIGNATURE**

Je soussigné(e) Mme/M. \_\_\_\_\_ ,

atteste sur l'honneur l'exactitude de l'ensemble de tous les renseignements portés sur ce document. Je m'engage à réaliser l'action pour laquelle je sollicite une aide financière. J'autorise la MDPH du Val-de-Marne à transmettre toutes informations liées à ma demande, au revendeur de matériel, à l'entreprise de travaux ou à tout organisme susceptible de financer mon projet.

Date : \_\_\_\_\_

Signature du demandeur ou de son représentant légal

**TOUT DOSSIER INCOMPLET FERA L'OBJET D'UN REJET**