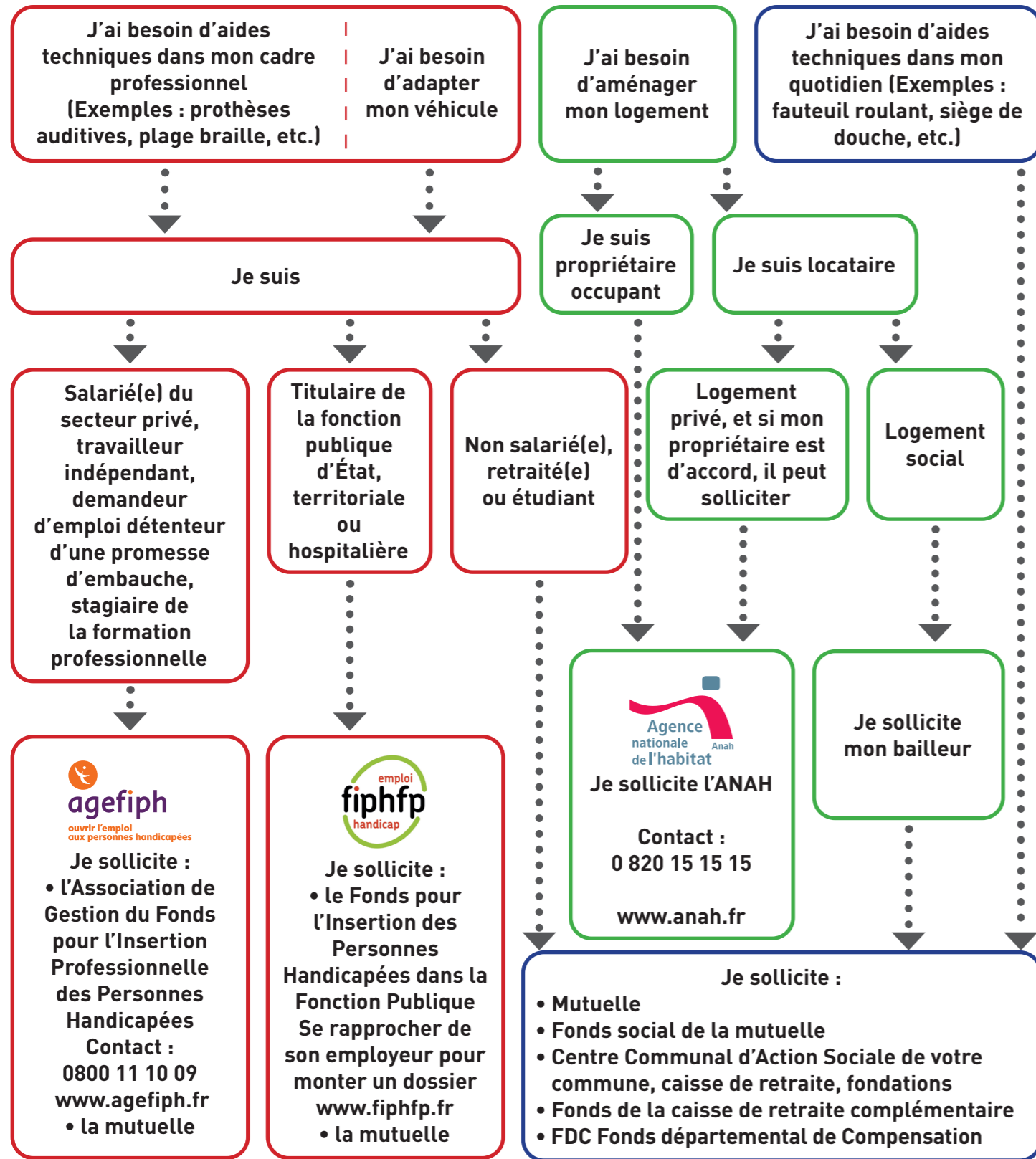


## Les financeurs à mobiliser



Je suis informé(e) que les membres du Comité de gestion et de la Maison Départementale des Personnes Handicapées auront connaissance des informations contenues dans ce dossier. Je certifie que les informations fournies sont sincères et exactes et m'engage à signaler toute modification de situation qui pourrait intervenir.

Fait à : ..... Signature du demandeur  
Le : J J M M A A A A ou de son représentant légal :



Haute-Garonne



L'essentiel & plus encore



Impression: CD31/21/10/6977



# DEMANDE DE FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION

MAISON DÉPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPÉES  
10 place Alfonse Jourdain - 31000 TOULOUSE  
tél. 05 34 33 11 44 - 0 800 31 01 31 Service & appel gratuits

**Le fonds départemental de compensation (FDC) est un fonds social. Le Comité de gestion du FDC détermine ses interventions selon ses ressources et en fonction des financements déjà obtenus.**

Je peux solliciter une intervention du FDC si :

- Je suis bénéficiaire de la prestation de compensation du handicap (PCH)
- Je suis bénéficiaire de l'allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP)
- Je suis bénéficiaire d'un complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH).

**NOM :** ..... **Prénom :** .....

Adresse : .....

Date de naissance : J J M M A A A A Numéro d'allocataire CAF : .....

Régime d'assurance maladie :  CPAM  MSA  RSI

Téléphone : ..... E-mail : .....

## Objet de ma demande

Je consulte la liste des pièces complémentaires à fournir en complément de ce formulaire.

Nature de la demande	Description
<input type="checkbox"/> Aide technique	
<input type="checkbox"/> Adaptation du véhicule	
<input type="checkbox"/> Aménagement du logement	
<input type="checkbox"/> Charges exceptionnelles	

## Composition du foyer

Nom-Prénom	Lien de parenté	Âge

## Plan de financement de mon projet


Veuillez compléter ce tableau et fournir les pièces justificatives correspondantes : remboursements de la complémentaire santé ou devis de prise en charge, notification(s) de décision(s) des co-financeurs.\*

\*voir page 4 : « Les financeurs à mobiliser »

<b>Coût du projet :</b>	
-------------------------	--

Co-financement(s) obtenu(s) :

Prestation de compensation du handicap	
Assurance maladie	
Complémentaire santé : - remboursement complémentaire - sur fonds d'action sociale	
Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH)	
AGEFIPH (salarié(e) du secteur privé)	
FIPHFP (titulaire de la Fonction publique)	
Caisses de retraite complémentaires	
Autres (Comité d'Entreprise, Fondation, Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) ...)	
Total des montants accordés :	


 Attention : Ma demande ne sera étudiée qu'après décision de tous les co-financeurs.\*

\*voir page 4 : « Les financeurs à mobiliser »

## Ressources et charges mensuelles de mon foyer

Pour des raisons de confidentialité, la MDPH ne détient pas les informations ci-dessous, nécessaires à l'instruction de la demande. Veuillez compléter ce tableau et fournir les pièces justificatives afin de permettre à la MDPH de connaître votre situation actuelle :

RESSOURCES MENSUELLES	Mes ressources	Les ressources des autres membres de mon foyer	CHARGES MENSUELLES	Mes charges	Les charges des autres membres de mon foyer
<b>REVENUS</b>			Loyer, prêt d'accession à la propriété ou frais d'hébergement en établissement		
Salaires			Impôts sur le revenu		
Allocations versées par Pôle Emploi			Taxe d'habitation		
Indemnités journalières			Taxe foncière		
Complément(s) employeur, caisse de prévoyance, mutuelle, ...			Autres (dettes, plan conventionnel Banque de France, crédits personnels,...)		
Revenus d'activité non salariée					
<b>PENSIONS ET RENTES</b>					
Pension d'invalidité et Majoration Tierce Personne (MTP)					
Pension retraite					
Rente accident du travail					
<b>PRESTATIONS CAF</b>					
Revenu de Solidarité Active (RSA)					
Prestations familiales					
Allocation logement (APL)					
Allocation Adulte Handicapé (AAH),					
Complément de ressources, Majoration vie autonome					
Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé (AEEH)					
<b>REVENUS DIVERS</b>					
Pension alimentaire perçue					
Bourse					
Autres revenus : (revenus fonciers,.....)					

 Vous n'avez pas à fournir les justificatifs des prestations attribuées par la MDPH (Prestation de compensation du handicap versée au titre de l'aide humaine pour Aidant familial, forfait surdité, forfait cécité, Allocation compensatrice pour tierce personne).



## ANNEXE

### Les pièces justificatives à fournir

#### Je joins toutes les pièces suivantes :

---

- Avis d'imposition sur le revenu (**avis complet même si non imposable**).
- Justificatifs de ressources (fiches de paie, pension retraite, allocation chômage, attestation CAF, pension invalidité, rente...)
- Loyer, prêt immobilier ou frais d'hébergement en établissement
- Taxe d'habitation
- Taxe foncière (si propriétaire)
- *si crédits en cours : Crédit(s) à la consommation*
- *si plan de surendettement : Plan conventionnel de la Banque de France*

#### Je joins aussi toutes les notifications de décision des co-financiers :

---

⇒ Pour une demande d'aide technique pris en charge par la sécurité sociale (fauteuil roulant, prothèses auditives, ...)

- Montant pris en charge par votre complémentaire santé (**mutuelle**).
- Montant pris en charge par le Fonds d'action sociale de votre complémentaire santé (**mutuelle**).

#### **\*uniquement pour les demandes de prothèses auditives**

- AGEFIPH - si je suis salarié(e) du privé, travailleur indépendant :  
0800.11.10.09
- FIPHFP - si je suis agent titulaire (fonctionnaire) de la Fonction Publique (contact : Ressources Humaines de mon administration/ministère/collectivité)

⇒ Pour une demande d'aménagement du logement, si je suis propriétaire occupant, je joins :

- Montant pris en charge par l'Agence Nationale pour l'Amélioration de l'Habitat (ANAH) - voir conditions sur [www.anah.fr](http://www.anah.fr) ou au 0820.15.15.15

⇒ Pour toutes les autres demandes (aides techniques, aménagements du logement ou du véhicule, charges exceptionnelles) :

- **si existant** : Montant pris en charge par le Fonds d'action sociale de ma caisse de retraite complémentaire.
- Montant pris en charge par le Centre Communal d'Action Sociale (CCAS) de ma commune (**si le CCAS vers une aide**).
- Montant pris en charge par d'autres financements (Exemple : Comité d'entreprise, fondation, CNRS ...)