

**IMPRIME DE DEMANDE D'AIDE(S) HANDICAP**

**1/ DEMANDEUR**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

N.I.A. : .....

Adresse : .....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Vous êtes CELIBATAIRE  Vous êtes MARIE (E)  Vous êtes DIVORCE (E)

Vous êtes SEPARE (E)  Vous êtes VEUF (VE)  Vous êtes partenaire d'un PACS / Concubinage

**2) AYANT DROIT**

NOM : ..... Prénom : .....

Date de naissance : .....

Lien de parenté : .....

Adresse (à préciser si différente de l'ouvrant droit).....

Code Postal : ..... Ville : ..... N° Tél. : .....

Tutelle  Curatelle simple  Curatelle renforcée  Sauvegarde de justice

Nom de la personne ou organisme :

Adresse de la personne (si différente de l'ouvrant-droit) ou organisme :

N° Tél.

Adresse mail :

### 3) REPRESENTANT LEGAL EVENTUEL (pour les adultes)

### 4) BENEFCIEZ-VOUS D'UNE AIDE ?

#### Aides de la MDPH

**Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH) :** oui  non

Compléments de l'AEEH 1<sup>er</sup>  2<sup>ème</sup>  3<sup>ème</sup>  4<sup>ème</sup>  5<sup>ème</sup>  6<sup>ème</sup>

Si oui, depuis quelle date ?

**Allocation Adulte Handicapé (AAH) :** oui  non

Si oui, depuis quelle date ?

**Un au moins des éléments de la PCH :** oui  non

Si oui, lequel ou lesquels ?

**Allocation Compensatrice pour tierce personne (ACTP) :** oui  non

**Majoration de sa pension d'invalidité ou de vieillesse pour tierce personne (MTP) :**

oui  non

**Taux d'incapacité de la MDPH :**

Dates de validité

#### Aides du Département

**Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou Plan d'Actions Personnalisé (PAP) régime général:**

oui  non

Si oui, quelle aide

#### Aide de la CNIÉG

**Pension bénévole Orphelin Majeur Handicapé (OMH) :** oui  non

## 5) NATURE DES AIDES COMPLEMENTAIRES

Sous réserves de remplir toutes les conditions \*, vous pouvez bénéficier d'une aide complémentaire à la Prestation de Compensation du Handicap (PCH).

### **Cochez l'aide selon la Prestation de Compensation du Handicap**

- |  |                          |
|--|--------------------------|
| <b>Aide technique (PCH 2)</b>  | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aménagement du véhicule et surcoûts liés au transport (PCH 3)</b> | <input type="checkbox"/> |
| <b>Aménagement du logement (PCH 3)</b>                               | <input type="checkbox"/> |
| <b>Charges spécifiques (PCH 4)</b>                                   | <input type="checkbox"/> |
| <b>Charges exceptionnelles volet 1 (PCH 4)</b>                       | <input type="checkbox"/> |
| <b>Assistance animalière (PCH 5)</b>                                 | <input type="checkbox"/> |

### **Justificatifs à fournir :**

Si vous êtes éligible à la PCH :

- Notification de versement ou de refus de la PCH

Si vous êtes inéligible à la PCH :

- Notification l'inéligibilité à la PCH
- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % de la CDAPH
- Certificat médical détaillé précisant les besoins exceptionnels de compensation
- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, MUTUELLE ENERGIE, CALD, PACT,...)
- Dernier avis d'imposition
- Bulletin de pension sauf pour l'Aide technique (PCH 2)
- Factures acquittées
- RIB

\*contacter votre CMCAS qui vous aidera à constituer votre dossier.

## 6) NATURE DES AIDES SUPPLEMENTAIRES

### □ Aide pour charges exceptionnelles volet 2

Sous réserves de remplir toutes les conditions\*, votre CMCAS peut vous apporter une aide en cas de refus ou de rejet de votre dossier présenté à la MDPH.

#### Justificatifs à fournir :

- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % de la CDAPH

**Ou**

- Carte mobilité inclusion (CMI)

**Ou**

- Notification d'attribution de la majoration pour l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

**Ou**

- Notification d'attribution de la majoration pour tierce personne (MTP)

**Ou**

- Notification de rejet de versement d'un complément de l'Allocation Education Enfant Handicapé (AEEH)

**Ou**

- Notification d'éligibilité ou l'inéligibilité à la PCH (hors aide humaine)

**Et**

- Certificat médical détaillé précisant les besoins exceptionnels de compensation
- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, MUTUELLE ENERGIE, CALD, PACT,...)
- Dernier avis d'imposition
- Bulletin de pension
- Factures acquittées
- RIB

\*contacter votre CMCAS qui vous aidera à constituer votre dossier.

## □ Soutien des aidants bénéficiaires bénévoles

Cette aide permet aux aidants bénéficiaires bénévoles Ayants-Droit ou Ouvrants-Droit de disposer de moments de repos et d'accéder à des dispositifs de répit, d'accompagnement et de soutien préservant leur santé (**sous réserves de remplir toutes les conditions\***)

### Justificatifs à fournir pour la personne aidante :

- Notification de l'employeur d'accord ou de renouvellement d'un congé (congé de soutien familial, de solidarité familiale ou présence parentale)

**Ou**

- Déclaration sur l'honneur précisant le lien familial et la domiciliation de la personne aidée

### Justificatifs à fournir pour la personne aidée :

- Notification d'attribution de la CDAPH :
  - du 1<sup>er</sup>, 2<sup>ème</sup>, 3<sup>ème</sup>, 4<sup>ème</sup>, 5<sup>ème</sup> ou 6<sup>ème</sup> complément de l'AAEH

**Ou**

- du versement de « l'aide humaine » (1<sup>er</sup> élément) de la PCH à l'aidant

**Ou**

- du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 %

- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, MUTUELLE ENERGIE, ...)

**Ou**

- Notification de la majoration pour tierce personne MTP

**Ou**

- Notification d'attribution de l'allocation compensatrice tierce personne ACTP

**Et**

- Dernier avis d'imposition
- Factures acquittées
- RIB

**\*contacter votre CMCAS qui vous aidera à constituer votre dossier.**

**Aide à la vie domestique**

Cette aide permet le maintien de la résidence principale en bon état d'agrément, de propreté, de confort, d'hygiène et de sécurité :

- Tâches d'entretien régulières (aide mensuelle)
- Tâches d'entretien périodique ou ponctuel (aide annuelle)

Justificatifs à fournir :

- Notification d'éligibilité ou l'inéligibilité à la PCH
- Notification du taux d'incapacité supérieur ou égal à 50 % de la CDAPH

**Ou**

- Notification d'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH)

**Ou**

- Notification d'attribution de la majoration pour tierce personne (MTP)

**Ou**

- Notification d'attribution de l'allocation compensatrice tierce personne (ACTP)

**Ou**

- Notification d'une pension d'orphelin majeur handicapé (OMH) versée par la CNIEG

**Et**

- Certificat médical détaillé justifiant les besoins
- Justificatifs des éventuelles subventions extérieures (MDPH, CAMIEG, MUTUELLE ENERGIE,...)
- Dernier avis d'imposition
- Bulletin de pension ou de salaire
- Factures acquittées
- RIB

Fait à :

Signature de la personne concernée

Le :

Signature de son représentant légal

Document à remettre en 2  
exemplaires à votre CMCAS

## Autorisation de transmission d'informations à ma CMCAS

Je, soussigné(e) : .....

Né(e) le : .....

Demeurant à : .....

Code postal : ..... Ville : .....

**autorise** ma **CMCAS** à prendre contact par **email** avec la **MDPH** pour obtenir un complément d'informations nécessaires à l'instruction de ma demande d'aide sociale si les éléments que j'ai transmis ne sont pas suffisamment explicites.

**n'autorise pas** ma CMCAS à échanger des informations avec la MDPH. Dans ce cas, si les éléments de ma demande ne sont pas exhaustifs, je renonce à bénéficier d'une aide financière.

Date : .....

Signature :

Les informations recueillies par la CMCAS font l'objet d'un traitement informatique destiné à instruire un Dossier de Prestations ASS. Les destinataires des données sont : la CMCAS et la Direction Santé ASS.

Conformément à la loi « Informatique et Libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et d'opposition pour motifs légitimes, aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à :

CCAS – Le Responsable des Traitements – 8 rue de Rosny – BP 629 – 93104 MONTREUIL CEDEX.

Merci de joindre une copie d'une de vos pièces d'identité.

# ACTION SANITAIRE et SOCIALE

Prestations pour les personnes  
en situation de handicap

