

FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

Renseignements concernant le bénéficiaire

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Date de naissance :

Situation familiale :

Célibataire

Marié(e) / Pacsé(e) / Vie maritale

Veuf(e) Divorcé(e) Séparé(e)

Adresse :

N° de Téléphone :

E-Mail :

Affiliation : CPAM / Mutualité Sociale Agricole
 Autre situation (à préciser) :

Bénéficiez-vous de la Couverture Maladie Universelle(CMU) ? OUI NON

Nom et coordonnées de l'organisme complémentaire maladie :

Composition du foyer				
	Nom	Prénom	Date de naissance	Activité, établissement scolaire,...
Demandeur				
Conjoint				
Enfant(s)				
Autres personnes				

FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP			
Ressources mensuelles disponibles du foyer			
(Merci d'indiquer les ressources de toutes les personnes demeurant dans le foyer)			
RESSOURCES	Demandeur	Conjoint	Autres personnes
Salaires et/ou revenus non salariaux			
Allocation chômage			
Indemnités journalières			
Allocation Adulte Handicapée (AAH)			
Allocation d'Education Spéciale (AEEH)			
Indemnité de stage			
Retraite principale			
Retraite complémentaire			
Majoration tierce personne (MTP)			
Allocation perte d'autonomie			
Allocation logement, familiale ou sociale			
Aide personnalisée au logement (APL)			
Revenu Solidarité Active (RSA)			
Rente Accident du Travail			
Pension d'invalidité			
Allocation veuvage			
Pension alimentaire			
Prestations familiales			
Prestation de Compensation du Handicap			
Rentes (compagnie d'assurance)			
Revenus fonciers ou autres			
Revenus capitaux mobiliers			
Autres, précisez			
TOTAUX			

FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP			
Charges mensuelles du foyer			
CHARGES	MONTANTS MENSUELS	Dettes, retards de paiement	Observations
Loyer nu ou accession à la propriété			
Charges, précisez			
Eau			
EDF / GDF			
Chauffage			
Assurance habitation			
Assurance Véhicule			
Assurance complémentaire santé			
Taxe d'habitation			
Taxe foncière			
Emprunts / Crédits			
Rémunération d'une tierce personne			
Pension alimentaire			
Téléphone			
Autres, précisez			
TOTAUX			

Votre handicap est lié à un accident causé par un tiers:

OUI / NON Procédure en cours

Si OUI, merci de bien vouloir joindre les documents afférents aux montants que vous avez perçu par les assurances

Objet de la demande

Aide Technique - Aménagement du Domicile - Aménagement du Véhicule

Précisez l'objet de la demande :

**POUR TOUTE DEMANDE, VOUS DEVEZ JOINDRE VOTRE DERNIER AVIS
D'IMPOSITION**

Si la demande concerne une **Aide Technique**, vous devez joindre, au présent formulaire :

- **La simulation de participation de votre mutuelle,**
- **Si vous êtes salarié dans le secteur privé, la réponse de participation de l'AGEFIPH** (Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion Professionnelle des Personnes Handicapées),
- **Si vous êtes salarié dans le secteur public, la réponse de participation de la FIPHPF** (Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique).

Si la demande concerne **l'Aménagement du Domicile**, la personne est-elle propriétaire ou accédant à la propriété? OUI NON

- Si vous êtes propriétaire et que votre demande concerne un aménagement de logement, vous devez contacter **SOLIHA (02.32.39.84.00)** ou joindre au formulaire la décision de cet organisme.
- Si vous êtes locataire d'un bailleur privé, le propriétaire devra fournir une attestation, signée et datée, précisant qu'il accepte les travaux d'aménagement (à joindre à votre demande).

Si la demande concerne un **Aménagement du Véhicule**, vous devez joindre :

Copie de votre permis de conduire.

Photocopie de la carte grise du véhicule à adapter ainsi que le kilométrage du véhicule.

Pour toute Aide Technique, vous devez également solliciter le CCAS de votre commune pour une aide financière complémentaire. Merci de nous faire parvenir le courrier réponse ou demander au CCAS de transmettre un mail à fdc@eure.fr

J'ai déjà bénéficié d'une aide financière par le Fonds Départemental de Compensation
OUI / NON

Si OUI, en quelle année :

Je soussigné(e), Madame / Monsieur

Certifie sur l'honneur que les renseignements fournis dans cette demande sont exacts.

Je note que ces informations ainsi que les informations nécessaires à la compréhension de ma situation et de mon projet pourront être portées à la connaissance des organismes contributeurs sollicités et des membres de leur comité de gestion.

A, Le.....

Signature du demandeur ou de son représentant :

Documents à retourner par mail à fdc@eure.fr ou par courrier
Maison Départementale des Personnes Handicapées
Maison Départementale des Solidarités
11 rue Jean de la Bruyère
CS 23246 - 27032 EVREUX CEDEX

Les informations recueillies par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (MDPH) de l'Eure font l'objet d'un traitement destiné à aider financièrement les personnes handicapées à faire face aux frais liés à leur handicap restant à leur charge après avoir fait valoir leur droit à la prestation de compensation du handicap. Les destinataires des données sont les personnes en charge du traitement à la MDPH. Les données seront conservées en fonction de la durée de vie du dossier et des règles d'archivage en la matière. Conformément au Règlement (UE) 2016/679 relatif à la protection des données à caractère personnel, vous disposez de droits. Pour les exercer, merci d'adresser votre demande auprès de la MDPH par voie postale à MDPH de l'Eure, Déléguee à la protection des données – 11 rue Jean de la Bruyère 27000 EVREUX ou par voie électronique à l'adresse dpo-mdph@eure.fr. Sous réserve d'un manquement aux dispositions ci-dessus, vous avez le droit d'introduire une réclamation auprès de la [CNIL](http://www.cnil.fr).