

# MAISON DEPARTEMENTALE DES PERSONNES HANDICAPEES D'INDRE ET LOIRE

38 rue Edouard Vaillant  
CS 14233  
37042 TOURS CEDEX

Tél. : 02 47 75 26 56

## DEMANDE DE FINANCEMENT COMPLEMENTAIRE AUPRES DU FONDS DEPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

Le Fonds Départemental de Compensation (FDC) peut attribuer des aides financières complémentaires **après** attribution de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), des prestations légales et extra-légales de votre caisse de sécurité sociale et de votre mutuelle.

Dans certains cas particuliers, le comité de gestion du FDC peut demander la sollicitation d'autres financeurs (cf liste des pièces à fournir page 5).

**Toute demande auprès du FDC concernant un projet déjà réalisé (aides techniques acquises, travaux effectués.) sera déclarée irrecevable.**

Pour tout renseignement complémentaire, vous pouvez envoyer un mail à :  
fdc@mdph37.fr

- DEMANDE :**
- Aides techniques
  - Adaptation du logement
  - Adaptation du véhicule
  - Charges exceptionnelles

### DEMANDEUR

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Tél : \_\_\_\_\_ Portable : \_\_\_\_\_ E.mail : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ Situation familiale : \_\_\_\_\_

Nom - Prénom et coordonnées de l'assuré si différent :

\_\_\_\_\_

Mesure de Protection Juridique éventuelle et coordonnées du tuteur/curateur :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## 1/ RENSEIGNEMENTS ADMINISTRATIFS

Numéro de Sécurité Sociale

● Caisse d'assurance maladie :  CPAM 37  M.S.A 37  Autre : \_\_\_\_\_

Si autre régime ou département autre que Indre-et-Loire, indiquer coordonnées (Nom, adresse, téléphone) :

Je suis bénéficiaire d'une Complémentaire Santé Solidaire\*  OUI  NON

\*la Complémentaire Santé Solidaire est une aide accordée par l'organisme de sécurité sociale aux assurés en fonction de leurs ressources pour bénéficier d'une mutuelle.

● Caisse complémentaire maladie (*Mutuelle*) :

N° Adhérent : \_\_\_\_\_ Tél. : \_\_\_\_\_

Nom - adresse : \_\_\_\_\_

● N° d'allocataire CAF : \_\_\_\_\_

● Caisse de retraite : \_\_\_\_\_

## 2/ COMPOSITION DU FOYER

Liens de parenté	Nom - Prénom	Date de naissance	Activité professionnelle ou Activité Scolaire
Demandeur			Profession : ..... Nom et adresse de l'employeur : .....

## 3/ ACCORD DU DEMANDEUR

Je soussigné(e) \_\_\_\_\_ atteste de l'exactitude des éléments reportés dans ce dossier.

**Signature :**

A \_\_\_\_\_ le \_\_\_\_\_

#### 4/ CHARGES DU FOYER

<b>CHARGES DU MOIS</b>	
<b>LIEES AU LOGEMENT</b>	
Loyer ou forfait SDF ou Frais d'hébergement	.....,... €
Prêt immobilier (accession à la propriété) Date de début : ..... / ..... / ..... Date de fin : ..... / ..... / .....	.....,... €
Électricité / Gaz	.....,... €
Eau	.....,... €
Chauffage	.....,... €
Téléphone + internet	.....,... €
<b>ASSURANCES</b>	
Habitation	.....,... €
Voiture	.....,... €
Protection juridique	.....,... €
Scolaire	.....,... €
Complémentaire santé	.....,... €
<b>FRAIS LIES A LA PERSONNE</b>	
Frais de rémunération d'une tierce personne	.....,... €
<b>IMPOTS ET FRAIS DIVERS</b>	
Sur le revenu	.....,... €
Taxe habitation	.....,... €
Taxe foncière	.....,... €
Frais bancaires	.....,... €
Frais de gestion Tutelle ou Curatelle	.....,... €
Transports en commun	.....,... €
<b>CREDITS</b>	
Crédit Nature du crédit ..... Date de début ..... / ..... / ..... Date de fin ..... / ..... / .....	.....,... €
<b>FRAIS LIES AUX ENFANTS</b>	
Frais de scolarité et Cantines	.....,... €
Pension alimentaire	.....,... €
Frais de garde	.....,... €
<b>TOTAL</b>	<b>.....,... €</b>

**5/ RESSOURCES DU FOYER**

<b>RESSOURCES DU MOIS</b>			
<b>Natures</b>	<b>Demandeur</b>	<b>Conjoints ou Parents</b>	<b>Autres</b>
<b>REVENUS D'ACTIVITE</b>			
Salaire	..... €	..... €	..... €
Indemnités chômage	..... €	..... €	..... €
Indemnités journalières	..... €	..... €	..... €
Prime d'activité	..... €	..... €	..... €
Autres	..... €	..... €	..... €
<b>PENSIONS</b>			
Invalidité	..... €	..... €	..... €
Prévoyance	..... €	..... €	..... €
Rente accident du travail	..... €	..... €	..... €
Retraite	..... €	..... €	..... €
Pension alimentaire	..... €	..... €	..... €
Autres	..... €	..... €	..... €
<b>PRESTATIONS SOCIALES</b>			
Allocations familiales	..... €	..... €	..... €
Allocation jeune enfant	..... €	..... €	..... €
Majoration parent isolé	..... €	..... €	..... €
Complément familial	..... €	..... €	..... €
Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (AEEH)	..... €	..... €	..... €
Allocation Soutien Familial	..... €	..... €	..... €
Allocation parentale d'éducation	..... €	..... €	..... €
Revenus de Solidarité Active (RSA)			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)	..... €	..... €	..... €
Complément de ressources	..... €	..... €	..... €
Majoration pour la vie autonome	..... €	..... €	..... €
Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP)	..... €	..... €	..... €
Majoration pour Tierce personne (MTP)	..... €	..... €	..... €
Allocation logement ou aide personnalisée au logement	..... €	..... €	..... €
Autres	..... €	..... €	..... €
<b>AUTRES RESSOURCES</b>			
PCH Aide humaine (PCH parentalité)	..... €	..... €	..... €
Revenus fonciers	..... €	..... €	..... €
Autres	..... €	..... €	..... €
<b>TOTAL</b>	<b>..... €</b>	<b>..... €</b>	<b>..... €</b>

## PLAN DE FINANCEMENT PREVISIONNEL

### OBJET DE DEMANDE :

\_\_\_\_\_

COÛT TOTAL	.....,.... €
------------	--------------

Prestations et aides déductibles	Montants sollicités	Montants obtenus
Caisse d'Assurance Maladie <i>(Prestations légales)</i>	.....,.... €	.....,.... €
Mutuelle <i>(Prestations légales)</i>	.....,.... €	.....,.... €
PCH	.....,.... €	.....,.... €
Caisse d'Assurance Maladie <i>(Prestations extra-légales)</i>	.....,.... €	.....,.... €
Mutuelle <i>(Fonds d'Action Sociale)</i>	.....,.... €	.....,.... €
AGEFIPH ou FIPHFH	.....,.... €	.....,.... €
ANAH <i>La sollicitation de l'ANAH constitue un préalable à la saisine du FDC.</i>	.....,.... €	.....,.... €
Caisse de retraite complémentaire <i>(même si vous n'êtes pas retraité)</i>	.....,.... €	.....,.... €
Aides des collectivités <i>(commune, communauté de communes, Métropole, Conseil départemental, Conseil régional)</i>	.....,.... €	.....,.... €
Autres aides <i>(employeur, prévoyance, ...)</i> : .....	.....,.... €	.....,.... €
	.....,.... €	.....,.... €
<b>TOTAL</b>	<b>.....,.... €</b>	<b>.....,.... €</b>

<b>Montant restant à charge</b>	.....,.... €
---------------------------------	--------------

**Capacité d'autofinancement \* :** \_\_\_\_\_ €

Merci de nous indiquer quel montant le demandeur peut investir pour financer cette aide

## Traitement des données à caractère personnel

Les informations recueillies sur ce formulaire sont enregistrées dans un fichier informatisé par la Maison départementale des personnes handicapées d'Indre-et-Loire pour répondre à votre **demande de financement complémentaire auprès du Fonds départemental de compensation du handicap (FDCH)**. La base légale du traitement est l'obligation légale.

Les données collectées seront communiquées aux partenaires autorisés (Direction départementale de la cohésion sociale, Conseil départemental d'Indre-et-Loire, Caisse primaire d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, Harmonie Mutuelle pour ses adhérents)

Les données sont conservées pendant 10 ans à compter de la clôture du dossier puis détruites conformément au livre II du code du patrimoine. Elles peuvent également être anonymisées en vue de produire des statistiques.

Vous bénéficiez d'un droit d'accès, de rectification et de limitation des informations qui vous concernent. Vous pouvez également, pour des motifs légitimes, vous opposer au traitement ou demander l'effacement de vos données, sauf si ces droits ont été écartés par une disposition législative.

Toute demande d'accès ou demande d'information doit être adressée au délégué à la protection des données de la MDPH :

MDPH37  
Délégué à la protection des données  
38 rue Edouard Vaillant  
37000 Tours  
Contact : [dpo@departement-touraine.fr](mailto:dpo@departement-touraine.fr)

Vous disposez également du droit d'introduire une réclamation auprès de la Commission nationale informatique et libertés – 3, place de Fontenoy TSA 80715 75334 Paris cedex 7 – <https://www.cnil.fr/>

**Date :**

**Signature de la personne ou de son représentant légal :**

## LISTE DES PIECES A FOURNIR

### ● Documents administratifs

- Exposé médico-social détaillé du projet
- Argumentaire de la solution de compensation fonctionnelle préconisée (avec la prescription médicale si nécessaire)
- Photocopie attestation carte VITALE
- Photocopie carte de mutuelle
- Dernier avis d'imposition ou de non-imposition
- Dernière attestation de vos prestations CAF (Caisse d'Allocations Familiales)
- Relevé d'identité bancaire ou postal **original**
- Devis
- Justificatifs des dépenses, sur une année, pour la rémunération d'une tierce personne pour les bénéficiaires de l'ACTP (allocation compensatrice tierce personne) ou de la MTP (majoration tierce personne)
- Permis de conduire aménagé (en cas de demande d'aménagement du poste de conduite)

### ● Notifications des financeurs sollicités :

- Caisse d'assurance maladie** (au titre des Prestations extra-légales)
- Mutuelle :**
  - Attestation du montant pris en charge au titre des prestations légales
  - Réponse du Fonds d'Action Sociale (FAS) ou Fonds d'entraide (sauf si vous êtes adhérent à Harmonie Mutuelle)
- Caisse de retraite complémentaire :**
  - Réponse du Fonds d'Action Sociale (FAS) ou Fonds d'entraide
- AGEFIPH ou FIPHFP**
- ANAH**
- Autres : .....

**Le Fonds départemental de compensation du handicap pourra également solliciter, au cours de l'instruction de la demande, des justificatifs concernant la constitution du foyer, les charges et les ressources du foyer, les aides accordées ou d'autres documents.** 7