



## Association "Les Bouchons d'Amour Région 2"

14, rue Jules Chaplain  
61400 MORTAGNE AU PERCHE  
Tél: 06 19 81 57 37

**Note : Tous les dossiers complets seront examinés et soumis à la décision du bureau de la région**

**Date de la réception du dossier :**

Cadre réservé (ne rien inscrire)

Nom du BRD suivant la demande :

Téléphone :

Mail :

### PAGE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR ET LE BENEFICIAIRE

#### **DEMANDEUR / ASSURE**

Nom :

Prénom :

Né le :

à :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone (**fixe de préférence**) :

E-Mail :

---

#### **BENEFICIAIRE**

Nature du lien avec l'assuré :

Nom :

Prénom :

Né le :

à :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone (**fixe de préférence**) :

N° de sécurité sociale :

**PAGE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES CONDITIONS DE VIE DU BENEFICIAIRE**

**Personnes vivant au Foyer**

NOM - PRENOM	Date Naissance	Lien de Parenté	Activité

**Situation au regard de l'Emploi**

- CDI
- CDD
- CEC/CES
- SAISONNIER
- INVALIDITE
- SCOLAIRE
- ETUDIANT
- STAGIAIRE
- ARRET MALADIE
- RSA
- CHOMAGE
- INDEMNISE
- NON INDEMNISE
- AUTRE (Préciser)

**Logement**

- Propriétaire
  - Usufruitier
  - Locataire
  - Hébergé par la famille
  - Hébergé par famille d'Accueil
  - Hébergé par une autre personne
- depuis le .....

**Autres renseignements que vous souhaitez préciser**

---

---

---

---

**PAGE DE DECLARATION DE RESSOURCES / CHARGES**

<b>Ressources Mensuelles</b>	Assurée ou Personne Concernée	Conjoint ou Parents	Autres
Salaires Nets			
Indemnités journalières			
Compléments de salaire employeurs			
Indemnités de charges			
ASSEDIC			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
Pension d'Invalidité			
Caisses			
Pensions de reversion			
Autres Pensions (alimentaire...)			
Rente Accident de Travail			
RMI			
Allocations familiales mensuelles			
Allocation Logement ou APL			
Revenus mobiliers ou immobiliers			
Revenus non salariés (BIC/BNC)			
Autres (précisez)			
<b>Prestations liées au Handicap</b>			
Allocation d'éducation spéciale			
Majoration tierce Personne			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)			
Complément AAH, MVA ou autre			
Allocation éducation enfant handicapé (AEEH)			
Prestation compensatrice du handicap (PCH)			
Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)			
Forfait surdité			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

Percevez vous des heures financer par la MDPH oui ( ) non ( ) heures ( ) et montant ( )  
 les heures des GIR de 1 à 4 pas déclarable le GIR 5 relèvent de la CPAM

<b>Charges Courantes par Mois</b>			
Loyer ou accession à la propriété			
Taxes foncières/Taxe d'habitation			
Cotisation de mutuelle			
Impôts			
Pensions Alimentaires			
Electricité - Chauffage			

Remboursement de la dette dans le cadre de la commission de surendettement
<b>Charges Liées au Handicap</b>
Frais de garde d'Enfant
Matériel à usage Unique
Frais de portage de repas
Frais d'Aide à domicile - tierce personne
Frais Professionnels
Frais liés à la scolarité
Autres (à préciser)
<b>TOTAL DES CHARGES</b>


**EXPOSEZ ICI VOTRE SITUATION ET LES MOTIFS DE VOTRE DEMANDE**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés dans ce dossier.

Faire précéder la signature du demandeur de la mention "lu et approuvé"

Fait à ..... Le .....

**Liste des pièces à fournir avec le présent dossier**

**Attention : sans la présence de ces documents, le dossier ne sera pas étudié**  
(Aucun dossier ne sera retourné au demandeur)

- \* Certificat du médecin justifiant la demande
- \* Justificatifs des ressources du foyer des trois derniers mois
- \* Justificatifs des charges de loyer des trois derniers mois
- \* Avis d'imposition ou de non imposition des membres du foyer

- \* Devis de moins de 3 mois correspondant à la demande
- \* Accord de prise en charge sécurité sociale et mutuelle
- \* Photocopie de la carte d'invalidité
- \* Photocopie de l'attestation de droits à la sécurité sociale
- \* Photocopie de l'attestation de droits à la mutuelle
- \* Photocopie de la carte d'identité
- \* Notification de la décision de la CDAPH

(CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

- \* Copie des réponses (positives ou négatives) des autres démarches auprès d'autres organismes ou élus >>> pour aide (exemples de lettres à télécharger sur le site)
- \* Montant restant à financer à la charge du bénéficiaire

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---