



**Maison Départementale
des Personnes Handicapées**

FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP : FICHE DE DEMANDE

- ❑ **Vous venez de déposer une demande de prestation de compensation du handicap (PCH) pour :**
 - un aménagement de logement ;
 - un aménagement de véhicule ;
 - une aide technique : matériel médicalisé, fauteuil roulant, matériel informatique, prothèse auditive ;
 - une aide animalière.

- ❑ **Vous venez de déposer une demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et d'un complément pour :**
 - une aide technique : matériel médicalisé, fauteuil roulant, matériel informatique, prothèse auditive ;
 - une aide animalière.

Les aides accordées dans le cadre de la PCH ou de l'AEEH ne vous permettront peut-être pas de faire face aux frais restant à votre charge. En conséquence, le Département et l'Etat ont mis en place le fonds départemental de compensation du handicap (FDCH) qui pourra, selon certaines conditions, vous aider à mener à bien vos projets.

Après le passage en CDAPH de votre demande (PCH ou AEEH) en CDAPH, votre dossier sera transmis directement au FDCH :

- pour l'étude de sa recevabilité (1 accusé de réception vous sera envoyé) ;
- pour la proposition d'attribution d'aides financières par la commission des financeurs.

A cette fin, il convient de joindre au dossier de demande que vous déposerez à la maison du Rhône de votre domicile :

- Le dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- Le(s) devis correspondant à votre(vos) demande(s) ou, dans l'attente de ce(s) document(s) : la préconisation complète de l'équipe pluridisciplinaire.
- Le formulaire ci-joint dûment complété.

A l'issue du comité de gestion élargi, un « plan de financement » vous sera transmis ainsi qu'à l'équipe MDR qui vous aura accompagné.

- **Vous avez plus de 75 ans et vous êtes bénéficiaire de la MTP et vous souhaitez solliciter le FDCH pour :**
 - un aménagement de logement ;
 - un aménagement de véhicule ;
 - une aide technique : matériel médicalisé, fauteuil roulant, matériel informatique, prothèse auditive ;
 - une aide animalière.

A cette fin, il convient de retourner la maison du Rhône de votre domicile :

- Le dernier avis d'imposition ou de non imposition ;
- Le(s) devis correspondant à votre(vos) demande(s) ou, dans l'attente de ce(s) document(s) : la préconisation complète de l'équipe pluridisciplinaire.
- Le formulaire ci-joint dûment complété.

Attention : Ne sont pas prises en compte les demandes concernant :

- Les aides humaines ;
- Les charges spécifiques ou exceptionnelles ;
- Les surcoûts transport / déménagement ;
- Les prothèses dentaires ou visuelles.



**Maison Départementale
des Personnes Handicapées**

Nom : Prénom :

**Si vous percevez des revenus autres que ceux figurant sur l'avis
d'imposition, précisez leur nature :**

- | | | |
|--|-----|-----|
| <input type="checkbox"/> Le revenu minimum d'insertion (RMI) | oui | non |
| <input type="checkbox"/> L'allocation adulte handicapé (AAH) | oui | non |
| <input type="checkbox"/> L'allocation solidarité aux personnes âgées (ASPA) | oui | non |
| <input type="checkbox"/> L'allocation supplémentaire invalidité (ASI) | oui | non |
| <input type="checkbox"/> La majoration tierce personne (MTP) | oui | non |
| <input type="checkbox"/> Une rente ou indemnité accident du travail | oui | non |
| <input type="checkbox"/> Les pensions militaires d'invalidité et de victime
de guerre | oui | non |
| <input type="checkbox"/> Autres (préciser) | | |

Caisse de sécurité sociale

Adresse de la Caisse :

N° matricule SS :

Si l'assuré n'est pas le demandeur

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté avec le demandeur :
- Nom et N° de la caisse :

Mutuelle

Nom de la mutuelle :

Adresse de la mutuelle :

N° adhérent :

Si l'assuré n'est pas le demandeur

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté avec le demandeur :
- Nom et N° de la Mutuelle :

Caisse de retraite

Nom de la caisse :

Adresse de la caisse :

N° adhérent :

Si l'assuré n'est pas le demandeur

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté avec le demandeur :
- Nom et N° de caisse de retraite :

Caisse de retraite complémentaire

Nom de la caisse :

Adresse de la caisse :

N° adhérent :

Si l'assuré n'est pas le demandeur

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté avec le demandeur :
- Nom et N° de caisse de retraite complémentaire :

Autre (caisse de prévoyance, association, comité d'entreprise)

Nom Type

Adresse de la mutuelle :

N° adhérent :

Si l'assuré n'est pas le demandeur

- Nom : Prénom :
- Lien de parenté avec le demandeur :
- Nom et N° :

Merci de joindre à ce questionnaire les documents suivants :

Pour toute demande au fonds départemental de compensation du handicap :

Le(s) devis concernant les financements souhaités

Le dernier avis d'imposition

un relevé d'identité bancaire à votre nom

ET

Si vous faites cette demande pour un enfant de moins de 20 ans :

la copie du livret de famille

Éventuellement la copie de l'attestation d'AAEH

Si vous êtes sous tutelle :

la copie du jugement de tutelle

Si vous avez plus de 75 ans et bénéficiez de la MTP :

l'attestation de MTP