

# Demande d'aide financière (Enfant)

Cadre réservé à l'association :

Dossier n° : \_\_\_\_\_

Aide : \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Date de naissance : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Nature du handicap (accident, maladie....) : \_\_\_\_\_

Depuis quand est-il dans cette situation de handicap ? \_\_\_\_\_

Pratique-t-il une activité sportive dans un club ? OUI ou NON (1)

Si oui dans lequel ? \_\_\_\_\_

## Renseignements concernant le représentant légal de l'enfant :

Nom : \_\_\_\_\_ Prénom : \_\_\_\_\_

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

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

Tél : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| Portable : |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

E-mail : \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

Veillez décrire la composition de votre famille : Nb d'adultes  Nb d'enfants

Description sommaire du matériel médical dont vous souhaitez faire l'acquisition : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Coût de revient global du matériel médical : \_\_\_\_\_

Remboursement Sécurité Sociale : \_\_\_\_\_

Participation d'une mutuelle complémentaire : OUI ou NON (1)

Montant de l'aide de la complémentaire si OUI :  € Pension d'invalidité :  €

Rentrée d'argent autre que la pension d'invalidité du foyer fiscal (salaire) :  €

Avez-vous déjà payé tout ou une partie du matériel ? OUI ou NON(1)

Si oui, indiquez le montant :  €

Demandes auprès de la MDPH :

PCH : Date de la demande : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

AEEH et complément d'AEEH : Date de la demande : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Fonds de compensation du handicap : Date de la demande : |\_|\_|/|\_|\_|/|\_|\_|\_|\_|

Somme demandée à l'association :  €

Pour les prochaines années, avez-vous des projets liés à votre handicap? (aménagement de la maison, achat d'un véhicule adapté...) \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Avez-vous effectué d'autres demandes d'aides financières (Kiwanis, Lions Club...) : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Information particulière dont vous souhaitez faire part à l'association : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Comment avez-vous connu l'association ? \_\_\_\_\_

(1)Rayer la mention inutile

Votre demande vaut acceptation d'échanges d'informations avec la MDPH quant aux financements octroyés. Je certifie que les informations fournies ci-dessus sont exactes,

Date et signature obligatoire,

Pièces obligatoires à fournir avec ce document :

- Facture ou devis du matériel
- Copie du dernier avis d'imposition sur le revenu des parents
- Copie de l'accusé de réception du dossier MDPH
- Tous documents que vous jugerez utile de fournir afin d'apprécier au mieux la situation de l'enfant