

Fonds Départemental de Compensation du Handicap du Nord

Demande d'aide financière

Condition d'éligibilité :

Être bénéficiaire de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) ou de l'Allocation Compensatrice pour Tierce Personne (ACTP)

Remplir vos démarches :

Vous pouvez demander de l'aide en relais autonomie :
<https://mdph.lenord.fr/nous-trouver>

Pour toute question ou transmission du document : fdc59@lenord.fr ou mdph@lenord.fr

Les champs suivis d'un astérisque sont obligatoires *

Votre demande concerne

Aide Technique (AT)

Aménagement de Logement (AL)

Aménagement de Véhicule (AV)

Merci de préciser le/les projet(s) pour le(s)quel(s) vous nous sollicitez * :

Informations administratives

N° de dossier et/ou identifiant social MDPH *

Nom d'usage *

Nom de naissance *

Prénom(s) *

Date de naissance *

Adresse *

Tél *

E-Mail *

Situation professionnelle :

En activité

En recherche d'emploi

En invalidité

Autre : _____

Caisse d'assurance maladie : _____

Mutuelle/Complémentaire : _____

Le projet

Dans le but d'améliorer le traitement de votre demande et d'en limiter les délais d'instruction, il est vivement conseillé d'effectuer les sollicitations de co-financeurs en amont de la demande adressée au Fonds Départemental de Compensation du Handicap de Nord.

Organismes à solliciter * (Liste non exhaustive)	Remboursements légaux (de droit commun)	Montant des aides en extra légal (action sociale)	Date de la demande
Département du Nord au titre de la PCH (<i>Prestation de Compensation du Handicap</i>)	_____	_____	_____
Assurance Maladie :	_____	_____	_____
Mutuelle / prévoyance / assurance / complémentaire :	_____	_____	_____
ANAH (<i>Agence Nationale de l'Habitat</i>) (<i>Voir les conditions d'éligibilité sur le site internet</i>)	_____	_____	_____
AGEFIPH (<i>Association de Gestion du Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées</i>) FIPHFP (<i>Fonds pour l'Insertion des Personnes Handicapées dans la Fonction Publique</i>) Employeur	_____	_____	_____
CCAS (<i>Centre Communal d'Action Sociale</i>) :	_____	_____	_____
Communauté d'agglomération, communauté de communes... :	_____	_____	_____
Association / fondation :	_____	_____	_____
Autres :	_____	_____	_____

* Merci de nous fournir les attestations de participation ou de non-participation des différents co-financeurs sollicités.

Si vous êtes bénéficiaire de l'Allocation Compensatrice Tierce Personne (ACTP), la somme calculée correspondant à ce que vous auriez pu percevoir au titre de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) sera à votre charge.

Signature du demandeur *

Signature (et tampon) du représentant légal *

Pièces à fournir pour toute demande

Si vous avez transmis ces éléments lors de la demande de PCH, il n'est pas nécessaire de nous les renvoyer. Tout dossier INCOMPLET ne pourra être traité.

- RIB actuel au nom de l'utilisateur (avec la mention juridique si concerné)
- L'intégralité de l'avis d'imposition de l'année en cours du foyer fiscal
- Facture ou facture acquittée* au nom de l'utilisateur (mention acquittée, signature et tampon du fournisseur) selon le mode de paiement choisi
- Attestation de droit à l'assurance maladie
- Jugement de protection juridique en cours de validité (si concerné)
- Justificatif d'identité (et acte de naissance ou livret de famille pour les personnes mineures)
- Justificatif de domicile récent

Pièces complémentaires à fournir selon le type de demande

Pour une demande d'aménagement de domicile	Pour une demande d'aménagement de véhicule	Pour une demande d'aide technique
Attestation d'accord ou de refus de l'ANAH	Attestation d'accord ou de refus de l'AGEFIPH ou FIPHFP <i>(si vous travaillez dans le secteur privé ou public)</i>	Pour les projets de prothèses auditives, le coût retenu sera celui de l'offre 100% santé. Pour les projets hors offre 100% santé, un avis médical circonstancié et un argumentaire personnel sont nécessaires.
Attestation d'accord ou de refus des autres co-financeurs sollicités	Attestation d'accord ou de refus de la mutuelle en extra légal	Attestation d'accord ou de refus de l'AGEFIPH ou FIPHFP <i>(si vous travaillez dans le secteur privé ou public)</i>
	Attestation d'accord ou de refus des autres co-financeurs sollicités	Attestation d'accord ou de refus de la mutuelle <i>(en légal)</i>
		Attestation d'accord ou de refus de la mutuelle <i>(en extra légal)</i>
		Attestation d'accord ou de refus des autres co-financeurs sollicités

* La facture doit être strictement conforme aux devis retenus dans le cadre de l'évaluation de la PCH et du projet décidé par la CDAPH. Toutefois, si votre choix se porte sur d'autre(s) devis, l'étude du FDCH se basera dans tous les cas sur le(s) devis retenu(s) dans le cadre de l'évaluation PCH ou ACTP.

Ce document est à retourner au Fonds départemental de compensation du handicap :

- Soit par mail à fdc59@lenord.fr
- Soit par courrier postal à MDPH du Nord, FDC 59, 51 rue Gustave Delory, CS 82510, 59040 Lille Cedex

Fonds Départemental de Compensation du Handicap du Nord

Modalités de financement du projet par le FDCH

Les champs suivis d'un astérisque sont obligatoires*

N° de dossier et/ou identifiant social MDPH*

Nom d'usage *

Prénom(s) *

Adresse *

Merci de cocher votre choix :

L'aide est à verser directement au fournisseur* suivant (*un seul fournisseur*) :

Je finance mon projet et le versement de l'aide du FDCH sera effectué par virement
sur mon compte bancaire après réception de la facture acquittée

Je soussigné-e, Madame / Monsieur _____

Autorise le Fonds Départemental de Compensation à régler directement l'aide accordée, au fournisseur :

Merci de joindre le RIB du fournisseur ainsi que la facture du projet.

Le *

Signature du demandeur *

Le *

Signature et tampon du fournisseur *

* S'il y a plusieurs fournisseurs intervenants dans le projet, le versement de l'aide financière s'effectuera sur le compte bancaire de l'utilisateur afin qu'il puisse répartir la somme entre les différents fournisseurs.