

1 – Identification du demandeur

Nom de famille : Nom d'usage :

Prénom(s) : Sexe : M F

Date et lieu de naissance : le / / à

Numéro de sécurité sociale :

Régime de protection sociale : CPAM MSA Autre, précisez :

Nom de votre organisme de complémentaire santé :

.....
.....
.....

Situation de famille : marié(e) veuf(ve) divorcé(e) pacsé(e) concubin
 célibataire

Adresse du dernier domicile privé du demandeur :
.....
.....
.....

Code postal : Commune :

Vous êtes domicilié(e) à cette adresse depuis :

plus de 3 mois moins de 3 mois, préciser l'adresse précédente :

.....
.....

Numéro(s) de téléphone : fixe portable :

Adresse mail : @

Mesure de protection juridique : oui non

Si oui, de quelle nature : Tutelle Curatelle Sauvegarde de justice

Nom du représentant ou de l'organisme.....

Numéro(s) de téléphone : fixe portable :

Adresse mail : @

Contact éventuel à cette demande : Nom.....Prénom :

Lien avec le demandeur : conjoint enfant autres membres de la famille ami(e)

autre, précisez :

Numéro(s) de téléphone du contact : fixe portable :

Adresse mail : @

2 – Ressources du demandeur

Situation du demandeur :

- activité salariée profession libérale sans emploi en invalidité
- autre(s), précisez :
- Retraité(e) des caisses principales : CARSAT MSA
- autres, précisez :
- Retraités des caisses complémentaires, précisez lesquelles :
.....
.....

3 – Aides déjà accordées

Etes-vous bénéficiaire de l'une des prestations suivantes : oui non

Si oui, laquelle : Depuis le :/...../.....

- APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)
- ACTP (Allocation Compensatrice Tierce Personne)
- PCH (Prestation de compensation du Handicap)
- PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé)
- Autres, précisez laquelle :

4 – Conditions de demande de l'Aide Technique Individuelle

Cette demande est déposée dans le cadre d'une évaluation ou d'une révision de votre plan d'aide :

oui non

Si oui, laquelle : APA

Caisses de retraite, précisez :

Autres (CPAM,...) :

Cette demande d'aide technique fait l'objet :

d'une préconisation : oui non

(Si oui, joindre la préconisation)

d'une prescription médicale : oui non

(Si oui, joindre la prescription médicale)

5 – Renseignements concernant l'aide technique individuelle (ATI) à financer

Vous pouvez préciser le contexte de votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Domaine des difficultés rencontrées	Intitulé de l'aide technique souhaitée	Estimation TTC en € du coût de l'aide technique
Hygiène corporelle
Elimination
Habillage
Confort et bien être
Préparation des repas, prise alimentaire, cuisine
Transfert dans le domicile
Déplacements extérieurs
Intervention des aidants
La communication, accès à l'information
Autres
TOTAL TTC	

6 – Renseignements sur les prises en charge de l'Aide Technique Individuelle Demandée

Des financements sont déjà demandés : oui non
 (si oui, joindre les justificatifs en votre possession)
 Si oui, précisez quels sont les financements déjà demandés ou obtenus :

Organismes sollicités	Oui	Non	Montant obtenu en €	Demande en cours	Demande d'aide refusée (joindre un justificatif)
Sécurité sociale					
Sécurité sociale (aide financière extra légale)					
Mutuelle santé					
CARSAT					
MSA					
Autre(s) caisse(s) de retraite, précisez laquelle:					
Caisse(s) de retraite complémentaire(s), précisez laquelle :					
Département (APA)					
Maison des Personnes Handicapées (PCH) et Fonds de compensation					
Autre, précisez lequel :					

Je soussigné(e), madame, monsieur.....sollicite l'aide au financement complémentaire d'une aide technique individuelle auprès de la Conférence des Financeurs de la Prévention de la Perte d'autonomie (CFPPA) du Lot , pour mon compte / le compte de

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés ci-dessus. Je suis informée que toute fausse déclaration m'expose aux sanctions pénales et financières prévues par la loi.

Fait, à.....le...../...../.....

Signature du demandeur ou son représentant ¹

¹ Préciser le lien de parenté ou la qualité si le demandeur n'est pas le signataire.

LISTE DES PIÈCES À FOURNIR À LA DEMANDE

Concernant le demandeur :

- Justificatif d'état civil au choix (copie de la carte nationale d'identité ou un extrait acte de naissance ou la copie du livret de famille,...)
- Le cas échéant : copie du jugement de protection juridique
- RIB au nom du demandeur de l'aide
- Copie intégrale de votre dernier avis d'imposition ou de non-imposition sur le revenu
- Le cas échéant : évaluation du besoin par le Département, la CARSAT, la CPAM, la MSA,...

Concernant l'aide technique individuelle (le cas échéant) :

- Devis ou facture(s) de moins de 6 mois en votre possession
- La préconisation ou la prescription médicale
- Justificatifs des sommes déjà allouées par d'autres organismes
- Justificatif attestant du dépôt d'une demande de financement auprès d'un autre organisme
- Copie de la décision de rejet du financement par un autre organisme

CONTACTS

Pour toutes questions ou informations, contacter :

Chargée de dispositif : Alexandra MERCADIER
05.65.53.44.07
alexandra.mercadier@lot.fr

Ergothérapeute : Anne ANGLES
05.65.53.44.36
anne.angles@lot.fr

Pour adresser votre demande à la CFPPA :

par mail : cfppa@lot.fr

par courrier : Département du Lot – Direction adjointe Autonomie – CFPPA – Avenue de l'Europe – Regourd - BP 291 – 46005 CAHORS Cedex 9