

Demande d'aide à l'adaptation de l'habitat

FORMULAIRE DE DEMANDE

A adresser à France Parkinson, soit par courriel : **habitat@franceparkinson.fr**, soit par courrier postal au **18 rue des terres au curé, 75013 Paris**.

Documents à joindre à la demande :

- *Dernier avis d'imposition,*
- *Attestation médicale ou autre justificatif d'atteinte de la maladie de Parkinson*
- *Devis des aides techniques et ou des travaux (demande financement 3)*
- *Plan de financement prévisionnel (demande financement 3)*

PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE DE PARKINSON

Madame Monsieur

Nom : Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Email :

Numéro d'adhérent à France Parkinson : Niveau autonomie GIR :

SITUATION DE FAMILLE DU MALADE

Célibataire Marié(e) Pacsé(e) Concubinage Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve)

Proche(s) aidant(s) : Conjoint(e) Enfant Parent Ami(e) Voisin(e)

Nombre d'habitant dans le logement : dont enfant(s) : adulte(s) :

STATUT D'OCCUPATION

Propriétaire occupant Locataire HLM Locataire privé Sous-locataire Famille accueil

Nom propriétaire bailleur :

Adresse :

Code postal : Commune :

NATURE DE LA DEMANDE D'AIDE

Prestations de conseils : 1a 1b 2 (cocher les 3 carrés ou 1b et 2 si 1a déjà réalisées)

Financement de travaux et/ou d'aides techniques (fourniture devis et plan de financement)

Projet d'adaptation d'habitat :

.....

NATURE ET MONTANT DES REVENUS DU MENAGE (isolé(e), couple, famille)

Salaire Retraite ASPA ou minimum vieillesse APA PSD PCH AAH
Allocation compensatrice pour tierce personne(ACTP)

Majoration tierce personne (MTP)

Pension invalidité RSA Aide CAF Aide sociale légale ménage Chômage

Autre (préciser) :

Ressources mensuelles : €

Revenu fiscale de référence (avis d'imposition 2018) : €

Noms de vos caisses de retraite principales et complémentaires :

.....
.....

Nom(s) de votre (vos) mutuelle(s) :

.....
.....

Nom(s) de votre (vos) compagnie(s) d'assurances (dépendance, multirisques habitation),

.....
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande
J'atteste sur l'honneur que la demande d'aide à France Parkinson concerne la résidence principale de la personne atteinte de la maladie de Parkinson.

J'accepte de contractualiser avec l'association SOLIHA de mon département (ou à défaut, la plus proche), pour la réalisation d'une à trois premières missions définies au verso (encadré « nature de la commande »), après réception de la décision d'octroi de la commission habitat de FP et que les documents produits par la commission me concernant soient transmis à l'association SOLIHA.

J'accepte que les documents produits par l'association SOLIHA et subventionnés par France Parkinson soient transmis à France Parkinson pour validation et pour règlement de l'aide directement à SOLIHA. Le traitement comptable nécessitera une conservation de certaines pièces.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation, effacement ou portabilité, en contactant France Parkinson – service Habitat – 18 rue des terres au Curé 75013 Paris. Les données propres aux informations liées à l'habitat seront ensuite rendues anonymes en vue de mieux appréhender les situations des ménages par la réalisation d'une étude sur les besoins, les difficultés, les choix de solutions d'adaptation de l'habitat et de l'accompagnement.

Fait à :

le :

Signature avec la mention « Lu et approuvé » :