

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**.

NATURE DE LA DEMANDE

Aide aux conseils	OU	Aide à l'investissement
Les missions proposées ☐ Mission 1a intervention d'un ergothérapeute ☐ Mission 1b : identification des financements ☐ Mission 2 : assistance à la définition du projet	OU	☐ Mission 3 : Financement de travaux (et/ou) d'équipement ☐ Si consécutif à une mission de conseil Rappeler la référence du dossier :

INFORMATIONS GENERALES

PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE DE PARKINSON	
Mme ☐ Mr ☐ Nom :	Prénom :
Date de naissance : Adresse :	
Code postal : Commune :	
Téléphone : Email :	
Numéro d'adhérent à France Parkinson : Niveau autonomie GIR :	
PROCHE AIDANT (Contact concernant LA DEMANDE D'AIDE)	
Mme ☐ Mr ☐ Nom : Prénom :	
Conjoint € ☐ , enfant ☐ , petit enfant ☐ , ascendant ☐ , ami(e) ☐ , travailleur social ☐ , autre ☐	
(Précisez :) Téléphone : Email :	

SITUATION DU LOGEMENT

SITUATION DE FAMILLE DU MALADE	
Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Pacsé(e) ☐ Concubinage ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐	
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 ET MONTANT DES REVENUS DU FOYER

☐-Salarié, ☐-Profession libérale, ☐-Retraité,
☐-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 fiscal de référence (dernier avis d'imposition) : €

Nombre de parts :

DECRIEZ EN QUELQUES MOTS VOS ATTENTES-VOTRE PROJET

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

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 ou plusieurs des missions 1a, 1b et 2 définies au verso (*Nature de la demande, cadre « mission de conseil »*), 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 transmises peuvent faire l'objet de traitement statistique dans le cadre strict des études menées par France Parkinson. Dans ce cas, elles seront anonymisées avant traitement.

Fait à :

le :

Signature avec la mention « Lu et approuvé » :

Liste des documents à joindre

Document	MISSIONS			
	1a	1b	2	3
Certificat médical	☒	☒	☒	☒ (*)
Avis d'imposition	☒	☒	☒	☒ (*)
Rapport d'ergothérapeute				☒ (**)
Plan de financement				☒
Devis de travaux				☒
Photos avant travaux				☒

(*) sauf si déjà fourni lors d'une précédente demande

(**) En l'absence de rapport, une lettre de contexte expliquant le projet doit être jointe