

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
<p>Les missions proposées</p> <p><input type="checkbox"/> Mission 1 : intervention d'un ergothérapeute</p> <p><input type="checkbox"/> Mission 2 : assistance à la définition du projet</p>	OU	<p><input type="checkbox"/> Mission 3 : Financement de travaux (et/ou) d'aide technique</p> <p><input type="checkbox"/> Si consécutif à une mission de conseil Rappeler la référence du dossier :</p>

Informations générales

<p>Personne atteinte de la maladie de Parkinson</p> <p>Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom :</p> <p>Prénom : Date de naissance :</p> <p>Adresse :</p> <p>Code postal : Commune :</p> <p>Téléphone :</p> <p>Email :</p> <p>Numéro d'adhérent à France Parkinson :</p> <p>Niveau autonomie GIR :</p> <p>Proche-aidant (Contact concernant LA DEMANDE D'AIDE)</p> <p>Mme <input type="checkbox"/> Mr <input type="checkbox"/> Nom : Prénom</p> <p>Conjoint <input type="checkbox"/>, enfant <input type="checkbox"/>, petit enfant <input type="checkbox"/>, ascendant <input type="checkbox"/>, ami(e) <input type="checkbox"/>, travailleur social <input type="checkbox"/>, autre <input type="checkbox"/></p> <p>(Précisez :) Téléphone :</p> <p>Email :</p>

Situation du logement

<p>Situation de famille du malade</p> <p>Célibataire <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Pacsé(e) <input type="checkbox"/> Concubinage <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf(ve) <input type="checkbox"/> Nombre d'habitant dans le logement : dont enfant(s) : adulte(s) :</p> <p>Statut d'occupation</p> <p>Propriétaire occupant <input type="checkbox"/> Locataire parc social <input type="checkbox"/> Locataire privé <input type="checkbox"/> Sous-locataire <input type="checkbox"/> Famille accueil <input type="checkbox"/> Résident <input type="checkbox"/></p> <p>Nom propriétaire bailleur</p> <p>Adresse.....</p> <p>Code postal : Commune :</p>

Nature et montant des revenus du foyer

☐-Salarié, ☐-Profession libérale, ☐-Retraité,

Caisse de retraite :

☐-ASPA ou minimum vieillesse, ☐-APA, ☐-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 :

Décrivez 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 et que les actions objet de la demande ne sont pas engagées

J'accepte de contractualiser avec le partenaire désigné de France Parkinson, (SOLIHA ou ergothérapeute de l'ANFE)

- pour la réalisation des missions 1 et/ou 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.

J'accepte que les documents produits par la commission me concernant soient transmis au partenaire.

J'accepte que les documents produits par le partenaire dans le cadre de la mission subventionnée par France Parkinson soient transmis à France Parkinson pour validation et pour règlement de l'aide directement au partenaire. 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		
	1	2	3
Certificat médical	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (*)
Avis d'imposition	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/> (*)
Rapport d'ergothérapeute			<input checked="" type="checkbox"/> (**)
Plan de financement			<input checked="" type="checkbox"/>
Devis de travaux			<input checked="" type="checkbox"/>
Photos avant travaux			<input checked="" type="checkbox"/>

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

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