

# FONDS DÉPARTEMENTAL DE COMPENSATION DU HANDICAP

**Formulaire de demande à retourner dans un délai d'un mois après réception de la notification de décision de la Prestation de Compensation**

MDPH de la Savoie  
Secrétariat du fonds de compensation  
110 rue Sainte-Rose - 73000 CHAMBÉRY  
ou [mdph@mdph73.fr](mailto:mdph@mdph73.fr)

Vous avez reçu un accord concernant la Prestation de Compensation du Handicap (PCH). Vous pouvez demander une aide financière complémentaire : le Fonds Départemental de Compensation du Handicap (FDCH).

Cochez le(s) type(s) de dépenses concernées :

- des aides techniques (*sauf matériel de loisirs*)
- de l'aménagement du logement / déménagement
- de l'aménagement du véhicule (*sauf surcoûts transport*)
- des charges exceptionnelles (*sauf séjours vacances*)
- des frais spécifiques (*sauf frais d'hygiène, téléassistance, portage de repas, assurance*)

**NOM et prénom du bénéficiaire** : .....

Date de naissance : ..... N° individu : .....

Numéro de sécurité sociale/N.I.R. : .....

- Caisse Primaire d'Assurance Maladie – CPAM
- Mutualité Sociale Agricole - MSA
- Mutualité Générale de l'Education Nationale – MGEN
- autre, précisez : .....

**Personne à joindre** :

- Vous-même
- Représentant légal
- Accompagnant

Coordonnées :

NOM et prénom : .....

Téléphone : .....

Adresse électronique : .....

**Situation familiale du bénéficiaire, sauf** :

Si cela concerne un mineur : **situation familiale des parents**

- Célibataire
- En couple (*mariage, concubinage, PACS*)
- Enfant

Nombre de personnes composant le foyer familial : .....

**Situation professionnelle du bénéficiaire** : à compléter seulement si le bénéficiaire est majeur

- Sans activité
- En recherche d'emploi (*inscrit à France Travail, suivi Cap Emploi, etc*)
- En activité :      emploi occupé : .....
- Employeur : .....

**Financement de votre projet** :

En complément de la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), il est indispensable de demander des aides complémentaires à d'autres organismes :

- Sécurité sociale :                      montant accordé : .....€
- Complémentaire/mutuelle :      montant accordé : .....€
- ANAH MaPrimeAdapt' :            montant accordé : .....€    OU     demande en cours
- FIPHFP (*fonction publique*) :    montant accordé : .....€    OU     demande en cours
- AGEFIPH (*secteur privé*) :        montant accordé : .....€    OU     demande en cours
- Autres organismes :                montant accordé : .....€    OU     demande en cours

Précisez lesquels : (*caisse de retraite complémentaire, CCAS, Conseil Régional, associations, Lion's Club, Rotary Club, Coeur2bouchons,, AFM, AFSEP, Fondation Richard, Fondation APICIL... liste non exhaustive*) .....

.....



**Important** : le versement de l'aide accordée au titre de la PCH et du FDCH est effectué en tenant compte des dépenses réalisées ou à venir et des aides obtenues. Le montant de la PCH et du FDCH peut être revu à la baisse dans le cas d'un surfinancement.

**Pièces obligatoires à fournir** :

- Le dernier avis d'imposition de tous les membres composant le foyer
- Un relevé d'identité bancaire – RIB
- Le justificatif de la mutuelle précisant le montant accordé
- La notification de décision des autres organismes sollicités (*voir liste ci-dessus*)

Pour faciliter l'instruction des demandes, acceptez-vous que la MDPH échange des informations relatives à votre projet (*devis, montant des aides obtenues*) avec les autres organismes pouvant y contribuer ?

Oui       Non

Fait à .....                                      Le .....

Signature du bénéficiaire ou de son représentant légal :