

à joindre à une demande auprès
de la CRHD-NC

A qui s'adresse ce formulaire ?

Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap ou une perte d'autonomie et qui sollicite une aide financière auprès du Conseil du Handicap et de la Dépendance (CHD).

Vous allez expliquer à la CRHD votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes.

En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des aides suivantes :

- Allocation personnalisée (adultes handicapés)
- Auxiliaire de vie
- Accueil de jour en établissement
- Hébergement en établissement
- Transport adapté
- Prestation d'action sociale du Conseil du Handicap et de la Dépendance (CHD) pour l'aménagement de votre domicile ou pour l'acquisition de matériel spécifique, notamment.

Que dois-je remplir ?

- Je n'ai pas de PAP.
- J'ai déjà un PAP mais je souhaite qu'il soit modifié.

Remplissez **tout le formulaire** pour exprimer l'ensemble de vos besoins.

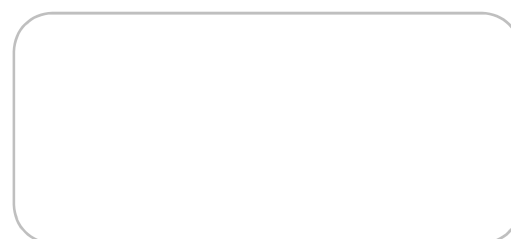
- Je souhaite le renouvellement de mon PAP à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé.

Remplissez **la page suivante (point 2)** et signez ci-dessous.

Nom : _____

Prénom : _____

Date du jour : ____ / ____ / _____



Signature

1 – Votre cadre de vie

- Vous vivez : seul(e) en couple avec vos parents (ou l'un d'eux) avec vos enfants (ou l'un d'eux)

Autre situation, précisez : _____

- Où vivez-vous :

vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

dans un établissement médico-social ou de soins, dans une famille d'accueil ou une pension de famille, préciser : _____

vous êtes hébergé(e) au domicile : d'un membre de votre famille d'un(e) ami(e)

en squat sans domicile fixe

Nombre de personnes vivant au domicile : _____ adultes et _____ enfants

Le logement est : au rez-de-chaussée à l'étage

Equipements disponibles : eau courante électricité gaz
 lavabo WC baignoire douche

2 – Vos ressources financières

Vous demandez l'allocation (adultes handicapés) uniquement **Indiquez vos revenus**

Vous demandez une autre aide du PAP **Indiquez également ceux de votre conjoint (si vous en avez un)**

VOUS

VOTRE CONJOINT

• Vous percevez l'allocation (adultes handicapés)

• Vous percevez le Minimum Vieillesse

• Autres aides ou ressources :

Indiquez le montant des **12 mois de l'année précédente**

salaire ou revenu net imposable _____

chômage indemnisé _____

indemnités de stage _____

indemnités maladie _____

pension d'invalidité _____

pension de retraite ou de réversion _____

pension de retraite complémentaire _____

CRS (Complément Retraite de Solidarité) _____

rente (accident du travail...) _____

prestation compensatoire reçue _____

revenus de biens immobiliers ou mobiliers _____

revenus locatifs _____

autres revenus, _____

décrivez : _____



Joindre les justificatifs de ressources (reportez-vous à la notice explicative du formulaire CRHD).

3 – Vos besoins de la vie quotidienne

Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis ; une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la CRHD qui vous rencontrera si nécessaire.

- **Vie à domicile - vous avez besoin d'aide pour :**

Gérer votre budget et répondre aux obligations (démarches administratives, factures, impôts...)

Hygiène corporelle (vous laver, aller aux toilettes...)

Vous habiller (mettre et ôter vos vêtements, les choisir...)

Faire vos courses

Préparer les repas

Prendre les repas

Faire le ménage et l'entretien des vêtements

Prendre soin de votre santé (suivre un traitement, aller voir le médecin...)

Autres besoins, précisez :

- **Déplacements - vous avez besoin d'aide pour :**

Vous déplacer dans le domicile

Sortir de votre domicile ou y entrer

Vous déplacer à l'extérieur du domicile

Autre situation, précisez :

Utiliser un véhicule

Utiliser les transports en commun

Partir en vacances

- **Vie sociale - vous avez besoin d'aide pour :**

Vous exprimer, vous faire comprendre, entendre

Avoir des activités sportives et des loisirs

Vos relations avec les autres

Autres besoins, précisez :

Vous occuper de votre famille

Etre accompagné(e) dans la vie citoyenne, aller voter, vie associative...)

Assurer votre sécurité, gérer votre argent

- **Quelles sont vos occupations journalières ? Vous pouvez décrire une journée ou une semaine type.**

- Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie quotidienne, indiquez-les ici (votre entourage peut également s'exprimer) :

4 – Vos attentes en lien avec votre situation de handicap ou de dépendance

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> vivre à domicile | <input type="checkbox"/> un aménagement de votre lieu de vie, précisez : |
| <input type="checkbox"/> une aide humaine : quelqu'un qui aide (AV) | |
| <input type="checkbox"/> un transport adapté | |
| <input type="checkbox"/> vivre en établissement (accueil de jour ou hébergement) | |
| <input type="checkbox"/> un accueil temporaire en établissement | <input type="checkbox"/> du matériel ou équipement spécifique précisez : |

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil qui pourrait répondre à vos attentes ?

Oui

Non

Si oui, lequel : _____



Joindre les devis pour l'aménagement du domicile – ou pour le matériel spécifique (avec copie de la prise en charge des organismes concernés : CAFAT, aide médicale, mutuelle...).