



**DEMANDE D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP 2026/2027**

*Si vous bénéficiez d'un plan personnalisé de compensation*

*A retourner accompagnée des pièces justificatives*

*par voie postale à : LMDE – Mutuelle Intériale – Aides sociales - 32 rue Blanche 75009 Paris*

*ou par mail à [contact-lmde@meservices.fr](mailto:contact-lmde@meservices.fr) en précisant pour objet de mail : « Demande d'aides sociales »*

**Nom** : ..... **Prénom** : .....

**Date de naissance** : .....

**Adresse** : .....

.....

**Téléphone portable** : .....

**Adresse mail** : .....

**N° de Sécurité sociale** : .....

**N° d'adhérent** : .....

**Etudes suivies + année d'études** : .....

Autorisez-vous la Mutuelle à contacter votre **MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)** pour la constitution de votre dossier de demande d'aide à la compensation du handicap ? (Case à cocher) :

**Oui** { }

**Non** { }

Adresse de votre MDPH :

.....

.....

.....

Je certifie avoir pris connaissance du règlement du Fonds d'aide à la compensation du handicap (**Article 27 du Règlement Mutualiste LMDE**).

Signature l'adhérent(e)



## DEMANDE D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP 2026/2027

*A retourner accompagnée des pièces justificatives**par voie postale à : LMDE – Mutuelle Intériale – Aides sociales - 32 rue Blanche 75009 Paris**ou par mail à [contact-lmde@meservices.fr](mailto:contact-lmde@meservices.fr) en précisant pour objet de mail : « Demande d'aides sociales »*

Nom : .....Prénom : .....

Date de naissance : .....

Adresse : .....

.....

Téléphone portable : .....

Adresse mail : .....

N° d'immatriculation : .....

N° d'adhérent : .....

Etudes suivies + année d'études : .....

**SITUATION FAMILIALE DE L'ETUDIANT (à compléter) :**

Célibataire [ ] – Marié(e) ou vivant maritalement [ ] – Veuf (ve) ou divorcé(e) [ ]

Combien d'enfants à charge avez-vous ? .....

Avez-vous d'autres personnes à charge ? .....

Si nécessaire indiquez la profession de votre conjoint ou concubin : .....

**SITUATION FINANCIERE DE L'ETUDIANT (Ne pas oublier de joindre les justificatifs)**

| RESSOURCES   | Bourse | Aide parentale <sup>(1)</sup> | Aide | Salaire <sup>(2)</sup> | C.A.F | Divers | TOTAL |
|--|--------|-------------------------------|------|------------------------|-------|--------|-------|
| ETUDIANT   |        |                               |      |                        |       |        |       |
| CONJOINT - CONCUBIN                                  |        |                               |      |                        |       |        |       |
| PARENTS<br>(Si vous êtes à la charge de vos parents) |        |                               |      |                        |       |        |       |

| CHARGES  | Loyer | Charges<br>(élect. gaz,<br>eau) | Prêt | Dettes | Impôts | Divers | Total |
|--|-------|---------------------------------|------|--------|--------|--------|-------|
| ETUDIANT   |       |                                 |      |        |        |        |       |
| CONJOINT - CONCUBIN                                  |       |                                 |      |        |        |        |       |
| PARENTS<br>(Si vous êtes à la charge de vos parents) |       |                                 |      |        |        |        |       |

(1) Joindre une attestation sur l'honneur. (2) Joindre l'avis d'imposition ou de non imposition ou à défaut les trois derniers bulletins de salaire.



Remarques particulières concernant votre situation financière :

.....  
.....

**Montant de la dépense**  
(NE PAS OUBLIER DE JOINDRE LES JUSTIFICATIFS)

Type de soins et date :

.....  
.....

Montant total des dépenses (factures ou devis) :

.....

Montant des dépenses restant à votre charge après remboursement sécurité sociale : .....

Montant des dépenses restant à votre charge après remboursement complémentaire santé LMDE : .....

Avez-vous sollicité :

- **l'aide de la commission des prestations supplémentaires de la caisse primaire d'assurance maladie dont vous dépendez : OUI [ ] – NON [ ]**
  - Date de la demande : .....
  - Montant de l'aide obtenue : .....
- L'aide d'autres organismes ou de services sociaux : OUI [ ] – NON [ ]

Si OUI

| <u>Nom</u> | <u>Date de la demande</u> | <u>Montant</u> |
|------------|---------------------------|----------------|
| 1).....    | ___/___/___               | .....          |
| 2).....    | ___/___/___               | .....          |

Montant de l'aide demandée : .....

**Exposé de la situation**  
(à remplir par le service social demandeur)

.....  
.....



**Je certifie avoir pris connaissance du règlement du fonds d'aide à la compensation du handicap  
(Article 27 du Règlement mutualiste LMDE).**

*Les informations recueillies par la Mutuelle font l'objet d'un traitement informatique et ne seront utilisées que pour les seules nécessités de la passation, la gestion et l'exécution du contrat. La base légale des traitements mentionnés est l'exécution du contrat. La Mutuelle sera également susceptible de traiter vos données dans le cadre de contentieux, contre la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme, afin de se conformer aux réglementations applicables.*

*Vos données seront conservées le temps nécessaire à ces différentes opérations, ou pour la durée spécifiquement prévue par la CNIL ou la loi.*

*Elles seront éventuellement communiquées aux intermédiaires d'assurance, réassureurs, administrations, partenaires ou organismes professionnels habilités qui ont besoin d'y avoir accès pour la réalisation de ces opérations.*

*Vous pouvez demander l'accès, la rectification, l'effacement ou la portabilité de vos données, définir des directives relatives à leur sort après votre décès ou choisir d'en limiter l'usage. Si vous avez donné une autorisation spéciale et expresse pour l'utilisation de certaines de vos données, vous pouvez la retirer à tout moment sous réserve qu'il ne s'agisse pas d'informations qui conditionnent l'application de votre contrat.*

*Vous pouvez exercer vos droits par email ([dpo@interiale.fr](mailto:dpo@interiale.fr)) ou par courrier (LMDE – Mutuelle Intériale - DPO - 32 RUE BLANCHE -75009 PARIS).*

*En cas de réclamation, vous pouvez choisir de saisir la CNIL. Pour plus d'informations, consultez <https://www.lmde.fr/donnees-personnelles>*

**A : ....., le..... Signature :**