



DEMANDE D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP 2017/2018

Si vous bénéficiez d'un plan personnalisé de compensation

*A retourner à : La Mutuelle des Etudiants – Direction Marketing / Prestations de solidarité
32 rue Blanche 75009 Paris*

Nom : **Prénom** :

Date de naissance :

Adresse :

.....

Téléphone portable:

Adresse mail :

N° d'immatriculation :

N° d'adhérent :

Etudes suivies + année d'études :

Autorisez-vous La Mutuelle des Etudiants à contacter votre **MDPH (Maison Départementale des Personnes Handicapées)** pour la constitution de votre dossier LMDE 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 mutualiste LMDE du Fonds d'aide à la compensation du handicap (**Article 27 du Règlement Mutualiste de LMDE**).

Signature l'adhérent(e)



DEMANDE D'AIDE A LA COMPENSATION DU HANDICAP 2017/2018

*A retourner à : La Mutuelle des Etudiants – Direction Marketing / Prestations de solidarité
32 rue Blanche 75009 Paris*

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 ⁽¹⁾	Aide	Salaire ⁽²⁾	C.A.F	Divers	TOTAL
ETUDIANT							
CONJOINT - CONCUBIN							
PARENTS (Si vous êtes à la charge de vos parents)							

CHARGES	Loyer	Charges (élect. gaz, eau)	Prêt	Dettes	Impôts	Divers	Total
ETUDIANT							
CONJOINT - CONCUBIN							
PARENTS (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).

A :, le..... Signature :