

RÉPIT DES AIDANTS DE PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP DEMANDE D'AIDE FINANCIÈRE

Date de réception

Pour en faire la demande, complétez le présent formulaire et adressez-le, accompagné des pièces justificatives, au Centre autonomie concerné.

Réservé à l'Administration

Date de la demande :

IDENTITÉ DU BÉNÉFICIAIRE

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

PCH

COMPLÉMENT D'AAEH

NOM

PRÉNOM

DATE DE
NAISSANCE

COORDONNÉES DU DEMANDEUR SI DIFFÉRENTES DU BÉNÉFICIAIRE

COCHER LA CASE CORRESPONDANTE

FAMILLE

TUTEUR

AUTRE, PRÉCISEZ :

NOM

PRÉNOM

ADRESSE N°

RUE

CODE
POSTAL

COMMUNE

TÉLÉPHONE

MAIL

OBJET DE LA DEMANDE COCHER LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S)

RELAYAGE À DOMICILE
(HEURES D'AIDE HUMAINE)

NOM DU SERVICE CHOISI

SÉJOUR DE RÉPIT

NOM DE L'ORGANISME CHOISI

AUTORISE LE VERSEMENT DIRECT À CET ORGANISME

AUTRES FINANCEURS COCHER LA OU LES CASE(S) CORRESPONDANTE(S)

Avez-vous sollicité une aide au financement du répit de l'aidant auprès d'autres organismes ?

OUI

NON

Si oui, une aide vous a-t-elle été accordée ?

OUI

NON

Préciser le(s) organisme(s)

Indiquez le(s) montant(s) :

PIÈCES JUSTIFICATIVES À JOINDRE

- Facture du dispositif de répit sollicité ;
- Le cas échéant, la ou les décisions des organismes participant au financement du répit
- Un RIB du bénéficiaire ou de son représentant légal,
- Si versement direct, un pouvoir complété et signé accompagné du RIB du prestataire de service
- Notification de droit à un complément AAEEH (2 à 6)

Je certifie sur l'honneur l'exactitude des renseignements fournis.

Signature de la personne formulant la demande ci-contre :