

DEMANDE D'AIDE FINANCIERE
Fonds d'action sociale - Adapeila

*Ce dossier comporte 4 pages. Merci de bien vouloir le retourner dans son intégralité à l'adresse suivante :
fondsactionsociale@adapeila.fr*

L'Adapeila, association de parents, a mis en place un Fonds d'Action Sociale pour venir en aide aux personnes en situation de handicap.

Ce dossier de demande d'aide peut être complété avec l'aide d'une tierce personne (Assistante sociale, Tuteur, Chef de service,...). Il sera ensuite soumis à l'accord des Administrateurs membres de la commission FAS.

Les dossiers sont présentés nominativement tout en respectant la confidentialité et ne sont pas conservés après la commission.

DEMANDEUR : Famille Personne handicapée Représentant légal

	DEMANDEUR	CONJOINT
Nom - prénom		
Adresse		
Téléphone		
Mail		
Age		
Situation familiale		
Etablissement d'Accueil		

Enfants ou autres personnes vivant au foyer			
Nom - Prénom	Age	Lien de parenté	Situation scolaire ou professionnelle

Enfant à naître : oui non

Budget mensuel

RESSOURCES

CHARGES

	Demandeur	Conjoint
Salaire		
Indemnités chômage		
RSA		
Retraite		
A.A.H.		
Pension d'invalidité		
Prestations :		
Allocations familiales.		
Complément Familial		
Prime d'activité		
PAJE		
PreParE		
AEEH		
Complément AEEH		
PCH		
ACTP		
Aides au logement		
Rente		
Pension alimentaire		
Autres ressources (à préciser)		
Total ressources		

	Mensuel	Dettes
<u>LOGEMENT</u>		
Loyer		
Contribution foyer		
Participation frais d'hébergement famille		
E.D.F. / G.D.F.		
Eau		
Assurance		
Taxe d'habitation		
Taxe foncière		
Telecom + internet		
<u>AUTRES CHARGES</u>		
Frais de garde		
Frais de repas		
Mutuelle		
Aide à domicile		
Accueil temporaire		
Loisirs		
Assurances (autres que logement)		
Pension alimentaire		
<u>CREDITS</u>		
CREDITS		
Total charges		

Solde / Reste à vivre

*PCH

Oui

En cours

Non

Si NON, motif :

Aides Financières

Aides Financières accordées au cours des 12 derniers mois

Organisme	Date	Montant	Objet	Demandée	Accordée	Refusée

Confinancements sollicités (*demandes en cours*)

Organisme	Date	Montant

Motif de la demande et montant souhaité

NOM et Prénom de l'instructeur du dossier :

Qualité :

Mail :

Téléphone :

Fait le :

Signature du demandeur :

Nom et prénom du Bénéficiaire :

Etablissement :

Date de la commission :

Objet de la demande :

Montant de l'aide demandée

Coordonnées du destinataire du règlement :

Décision de la commission :

Accord : Montant du don

Rejet : motifs

Ajournement : motifs

Signature des administrateurs :

Monsieur Philippe GUIET

Madame Françoise JAN

Madame Patricia NOEL

Madame Claudette STEFANI

Madame Micheline EVENO