

# Demande de Plan d'accompagnement personnalisé (PAP) 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, qui sollicite une aide financière (que la CRHD-NC soumettra à la validation du Conseil du handicap et de la dépendance).



**Toutes les pages du formulaire doivent être renseignées ; le soin que vous prendrez permettra une instruction dans de meilleurs délais.**

La CRHD a besoin de connaître votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes : **en fonction des conditions prévues par la réglementation (conditions de taux de handicap ou de GIR et ressources financières), vous pourrez peut-être bénéficier des aides suivantes :**

## Aides demandées, à sélectionner :

- Allocation personnalisée (somme d'argent versée mensuellement)
- Auxiliaire de vie, si prestataire conventionné CAFAT identifié, préciser lequel : \_\_\_\_\_
- Accueil de jour en établissement,  
si prestataire conventionné CAFAT identifié, préciser lequel : \_\_\_\_\_
- Hébergement en établissement,  
si prestataire conventionné CAFAT identifié, préciser lequel : \_\_\_\_\_
- Transport adapté (hors transports pour soins médicaux),  
si prestataire conventionné CAFAT identifié, préciser lequel : \_\_\_\_\_
- Suivi et accompagnement (SESSAD, SAVS),  
si prestataire identifié conventionné CAFAT, préciser lequel : \_\_\_\_\_
- Aménagement de votre domicile, précisez lequel  
 et joindre les devis de deux entreprises différentes : \_\_\_\_\_
- Acquisition de matériel spécifique, précisez lequel : \_\_\_\_\_
-  et joindre les devis de deux fournisseurs différents - avec justificatifs du montant pris en charge par vos organismes de couverture sociale : CAFAT, aide médicale, mutuelle...).

Vos nom et prénoms : \_\_\_\_\_

## 1 – Vos ressources financières



**Joindre les justificatifs qui permettent de déterminer les revenus que vous avez perçus l'année précédente :**

- **avis d'imposition de l'année précédente ; si vous ne l'avez pas encore reçu : votre déclaration de revenus - ce document est une pièce obligatoire.**  
bulletin de paie de décembre (sur lequel figure le cumul de vos salaires), attestations CAFAT (chômage, indemnités maladie, pensions, etc.), attestations des provinces pour le Minimum Vieillesse, etc. ;
- les relevés de votre compte bancaire courant : les 3 derniers relevés (octobre, novembre et décembre) de l'année précédente ; et
- les relevés de votre compte bancaire épargne : le relevé de décembre de l'année précédente.

- Vous demandez uniquement l'allocation (adultes handicapés) **Indiquez vos revenus personnels**
- Vous demandez une autre aide du PAP **Indiquez vos revenus et ceux de votre conjoint (si vous en avez un)**

	VOUS	VOTRE CONJOINT
• Vous percevez actuellement l'allocation handicap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Vous percevez le Minimum Vieillesse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Autres ressources :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

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

<input type="checkbox"/> salaire ou revenu net imposable	_____	_____
<input type="checkbox"/> chômage indemnisé	_____	_____
<input type="checkbox"/> indemnités maladie	_____	_____
<input type="checkbox"/> pension d'invalidité	_____	_____
<input type="checkbox"/> pension de retraite	_____	_____
<input type="checkbox"/> pension de réversion	_____	_____
<input type="checkbox"/> pension de retraite complémentaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> pension de réversion complémentaire	_____	_____
<input type="checkbox"/> CRS (Complément Retraite de Solidarité)	_____	_____
<input type="checkbox"/> rente (accident du travail...)	_____	_____
<input type="checkbox"/> revenus locatifs	_____	_____
<input type="checkbox"/> autres revenus, décrivez : _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> Solde épargne ou assurance(s) vie au 31 décembre de l'année précédente	_____	_____
• Aucune ressource	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 2 – Votre cadre de vie

- **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

## 3 – Vos besoins de la vie quotidienne

Vous pouvez, ici, exprimer les besoins que vous ressentez comme étant les vôtres ; une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la CRHD qui vous rencontrera si nécessaire.

- **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 :**

