



RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

la personne âgée

Nom

Prénom

Date de naissance

Adresse domicile

CP - Commune Tél

APA (allocation personnalisée autonomie) oui non

si oui GIR

Caisse de retraite principale : CARSAT MSA SSI

autre, précisez

Complémentaire santé/Mutuelle : oui non

Nom de l'organisme

Situation familiale : marié(e) divorcé(e) veuf(ve) en concubinage célibataire

Nombre de personnes au foyer

une association organisme public organisme privé

Nom Statut juridique

Adresse du siège social

N   siret Code APE

Activité principale

Représentant légal

Nom et prénom Fonction

Tél Mail @

Personne en charge du projet

Nom et prénom Fonction

Tél Mail @

Les données personnelles collectées sont nécessaires au traitement de votre demande auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Indre conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces données sont uniquement destinées au Département de l'Indre (représenté par le Président du Conseil départemental) en charge de l'instruction des demandes, aux membres de la conférence des financeurs et le cas échéant aux experts sollicités par ces derniers. Les données seront conservées pour une durée de 6 ans après la sortie du dispositif, ou le cas échéant 6 ans à compter du règlement définitif du contentieux (sous réserve des nécessités liées au contrôle de la Chambre Régionale des Comptes). Dans le cadre du traitement de vos données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, et d'effacement. Pour ce faire, il vous suffit de faire une demande auprès du Délégué à la Protection des Données du Département de l'Indre    rgpd@indre.fr ou en adressant un courrier à l'Hôtel du Département. La CNIL est l'autorité de contrôle au sens et pour l'application du Règlement Général sur la Protection des Données et des textes qui en découlent. Plus d'informations sur le site www.indre.fr - rubrique Mentions Légales, «Protection des données personnelles», ou en adressant un courrier au Département.

DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

Aide technique

Appareillages (appareil auditif, prothèse dentaire)

Domotique - Equipement/matériel connecté

Aide à l'aidant

Description de l'aide

Avez-vous fait une demande d'aide financière complémentaire

oui non demande refusé demande en cours

si oui, auprès de quel organisme

si oui, montant accordé

Pièces à joindre impérativement au dossier de demande

devis (pour toute demande d'appareils auditifs produire deux devis)

si bénéficiaire APA, copie de la notification

copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (et celui du concubin le cas échéant)

copie de la prescription médicale ou un justificatif attestant du besoin de l'aide par un professionnel de santé ou du secteur médico-social

un relevé d'Identité Bancaire ou Postal au nom du demandeur

justificatif des montants pris en charge (ou non) par la sécurité sociale et par la complémentaire santé (pour les aides inscrites à la LPPR)

justificatif d'attribution ou de refus des aides financières complémentaires ou indiquer en attente

Fait à , le

Signature