

**LE DOSSIER DE FINANCEMENT**  
**LES BOUCHONS D'AMOUR REGION 5**  
[www.jecollectelesbouchons.com](http://www.jecollectelesbouchons.com)

Vous avez choisi de faire une demande auprès de l'association LES BOUCHONS D AMOUR.  
Vous devez remplir de manière précise le dossier ci-dessous sans oublier les pièces justificatives et un plan de financement.

L'ensemble des documents devront être envoyé par la poste à :

**LES BOUCHONS D'AMOUR REGION 5**  
**7 rue Charles Baudelaire**  
**78370 PLAISIR**

Seuls les dossiers complets seront étudiés.

Pour toute question sur le dossier, vous pouvez contacter Isabelle au 06 12 26 40 96  
ou par mail : [lebureaudelaregion5@live.fr](mailto:lebureaudelaregion5@live.fr)

Le suivi de dossier est assuré par Sébastien  
Vous pouvez le contacter par mail : [dossier\\_region5@outlook.com](mailto:dossier_region5@outlook.com)  
ou par téléphone : 06 62 73 74 86

Les membres du bureau étudieront votre dossier et vous apporteront une réponse dans les meilleurs délais.



## Association "Les Bouchons d'Amour Région 5"

4 rue de la Raynaude

63260 EFFIAT

Tél: 06 62 73 74 86

**Note : Tous les dossiers complets seront examinés et soumis à la décision du bureau de la région**

**Date de la réception du dossier :**

Cadre réservé (ne rien inscrire)

**Nom du BRD** suivant la demande :

**Téléphone :**

### PAGE DE RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR ET LE BENEFICIAIRE

#### **DEMANDEUR / ASSURE**

Nom :

Prénom :

Né le :

à :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

E-Mail :

---

#### **BENEFICIAIRE**

*Nature du lien avec l'assuré :*

Nom :

Prénom :

Né le :

à :

Nationalité :

Adresse :

Téléphone :

N° de sécurité sociale :

**PAGE DE RENSEIGNEMENTS SUR LES CONDITIONS DE VIE DU BENEFICIAIRE**

**Personnes vivant au Foyer**

NOM - PRENOM	Date Naissance	Lien de Parenté	Activité

**Situation au regard de l'Emploi**

- |                                     |  |   |
|-------------------------------------|--|---|
| CDI <input type="checkbox"/>        | SCOLAIRE <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> CHOMAGE          |
| CDD <input type="checkbox"/>        | ETUDIANT <input type="checkbox"/>      | <input type="checkbox"/> INDEMNISE        |
| CEC/CES <input type="checkbox"/>    | STAGIAIRE <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> NON INDEMNISE    |
| SAISONNIER <input type="checkbox"/> | ARRET MALADIE <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> AUTRE (Préciser) |
| INVALIDITE <input type="checkbox"/> | RSA <input type="checkbox"/>           |   |

**Logement**

- |                                       |   |
|---------------------------------------|---|
| Propriétaire <input type="checkbox"/> | Hébergé par la famille <input type="checkbox"/>         |
| Usufruitier <input type="checkbox"/>  | Hébergé par famille d'Accueil <input type="checkbox"/>  |
| Locataire <input type="checkbox"/>    | Hébergé par une autre personne <input type="checkbox"/> |
- depuis le .....

**Autres renseignements que vous souhaitez préciser**

---

---

---

---

**PAGE DE DECLARATION DE RESSOURCES / CHARGES**

<b>Ressources Mensuelles</b>	Assurée ou Personne Concernée	Conjoint ou Parents	Autres
Salaires Nets			
Indemnités journalières			
Compléments de salaire employeurs			
Indemnités de charges			
ASSEDIC			
Allocation Adulte Handicapé (AAH)			
Pension d'Invalidité			
Caisses			
Pensions de reversion			
Autres Pensions (alimentaire...)			
Rente Accident de Travail			
RMI			
Allocations familiales mensuelles			
Allocation Logement ou APL			
Revenus mobiliers ou immobiliers			
Revenus non salariés (BIC/BNC)			
Autres (précisez)			
<b>Prestations liées au Handicap</b>			
Allocation d'éducation spéciale			
Majoration tierce Personne			
Allocation personnalisée d'autonomie (APA)			
Complément AAH, MVA ou autre			
Allocation éducation enfant handicapé (AEEH)			
Prestation compensatrice du handicap (PCH)			
Allocation compensatrice tierce personne (ACTP)			
Forfait surdité			
<b>TOTAL DES RESSOURCES</b>			

Percevez vous des heures financées par la MDPH oui ( ) non ( ) heures ( ) et montant ( )

les heures des GIR de 1 à 4 pas déclarable le GIR 5 relèvent de la CPAM

<b>Charges Courantes par Mois</b>			
Loyer ou accession à la propriété			
Taxes foncières/Taxe d'habitation			
Cotisation de mutuelle			
Impôts			
Pensions Alimentaires			
Electricité - Chauffage			
Remboursement de la dette dans le cadre de la commission de surendettement			



## **Liste des pièces à fournir avec le présent dossier**

**Attention : sans la présence de ces documents, le dossier ne sera pas étudié**

(Aucun dossier ne sera retourné au demandeur)

- \* Certificat du médecin justifiant la demande
- \* Justificatifs des ressources du foyer des trois derniers mois
- \* Justificatifs des charges de loyer des trois derniers mois
- \* Avis d'imposition ou de non imposition des membres du foyer

- \* Devis de moins de 3 mois correspondant à la demande
- \* Accord de prise en charge sécurité sociale et mutuelle
- \* Photocopie de la carte d'invalidité
- \* Photocopie de l'attestation de droits à la sécurité sociale
- \* Photocopie de l'attestation de droits à la mutuelle
- \* Photocopie de la carte d'identité
- \* Notification de la décision de la CDAPH

(CDAPH : commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées)

- \* Attestation de paiement CAF
- \* Cas de surendettement : fournir justificatif

**un bénéficiaire ne peut être soutenu que tous les 3 ans**

- \* Copie des réponses (positives ou négatives) des autres démarches auprès d'autres organismes ou élus >>> pour aide (exemples de lettres à télécharger sur le site)
  - \* **Fournir un plan de financement mentionnant les diverses aides et précisant le montant restant à charge**
- 
- 
- 
- 
-