



Département : 91

*Nota : seuls les dossiers complets seront examinés et soumis à la décision du bureau national  
ce document de 5 pages et les pièces jointes demandées sont à fournir **sous forme papier en 1 exemplaire***

**Date de la réception du dossier :**

Cadre réservé (ne rien inscrire)

Nom du BRD suivant la demande : **Lionel GUILLEMENOT**

Téléphone : 06 43 68 83 04

Mail : [bouchonsarpajon@gmail.com](mailto:bouchonsarpajon@gmail.com)

**SITUATION PAR RAPPORT A NOTRE ASSOCIATION (\*)**

Collectez-vous les bouchons en plastique :

- |   |     |     |
|---|-----|-----|
| - pour l'association "Les Bouchons d'Amour" : | oui | non |
| - pour une autre association :                | oui | non |

si oui, précisez laquelle :

(\*) barrez la mention inutile

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

**DEMANDEUR / ASSURE**

Nom :

Prénom :

Né le : à : Nationalité :

Adresse :

Téléphone (fixe de préférence) : E-Mail :

**BENEFICIAIRE**

Nature du lien avec l'assuré :

Nom :

Prénom :

Né le : à : Nationalité :

Adresse :

Téléphone (fixe de préférence) :

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"/>      | [ CHOMAGE          |
| CDD <input type="checkbox"/>        | ETUDIANT <input type="checkbox"/>      | [ INDEMNISE        |
| CEC/CES <input type="checkbox"/>    | STAGIAIRE <input type="checkbox"/>     | [ NON INDEMNISE    |
| SAISONNIER <input type="checkbox"/> | ARRET MALADIE <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 DU FOYER**

<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			



