



Demande de complément de ressources (Allocation aux adultes handicapés)



santé
famille
retraite
services



Vous percevez l'allocation aux adultes handicapés (Aah) ou vous la demandez,
vous avez peut-être aussi droit à un **complément de ressources**.
Déposez cette demande remplie et signée à la Maison départementale des personnes
handicapées. Joignez le certificat médical rempli par votre médecin traitant.
* Pour demander l'Aah, remplissez le formulaire de demande d'une personne adulte handicapée.*

Article L 821-1-1 du code de la Sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir :

Le complément de ressources compense l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

Faites une demande si :

- vous êtes âgé(e) de moins de 60 ans ;
- vous disposez d'un logement indépendant ;
- vous n'avez pas perçu, à titre personnel, de revenus d'activité à caractère professionnel depuis un an.

Le complément de ressources vous sera versé :

- si votre taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 % ;
- et si votre capacité de travail est inférieure à 5 % ;
- et si vous percevez le montant maximum d'Aah ou si vous percevez l'Aah en complément d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail.

Merci de rappeler votre identité

▶ Votre nom de naissance : _____ Votre nom d'époux(se) : _____
Vos prénoms : _____ Votre date de naissance : □□□□ □□□□

Votre adresse complète

▶ Votre adresse : _____

Code postal : □□□□□□ Commune : _____

Numéro de téléphone : □□□□□□□□□□

Vous êtes : locataire ou sous-locataire propriétaire ou accédant à la propriété
 hébergé chez un particulier hospitalisé incarcéré
 résident d'un établissement (foyer, Mas, Ime, etc.)
 autres cas, précisez : _____

Percevez-vous l'Aah ? non oui Votre n° d'allocataire Caf : _____

Votre n° de MSA : _____

Caf ou MSA de : _____

Etes-vous inscrit à la Cda* ? non oui Votre n° de dossier : _____

* Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex Cotorep)

Emplacement réservé à la Caf ou à la MSA

P 1121001 R Date de la demande : □□□□ □□□□

DAAHCR première demande renouvellement





Demande de complément de ressources (Allocation aux adultes handicapés)

► Votre situation professionnelle

Travaillez-vous actuellement ? non oui

Si non, êtes-vous inscrit(e) à l'Anpe ? oui non

Si oui ; milieu ordinaire milieu protégé

Employeur actuel ou dernier employeur :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Période de travail : du _____ au _____

Emploi occupé : _____

Avez-vous perçu dans les douze mois précédant la date de votre demande (cochez la case qui correspond à votre situation) :

. des revenus d'activité (y compris en CAT ou en entreprise adaptée) : oui non

. des indemnités journalières : oui non

En cas de doute, précisez la nature du revenu : _____

Le signataire certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Il s'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à : _____ Le : _____

*Si le signataire est un représentant de l'allocataire,
précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :*

Votre signature ou signature de votre représentant

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835.5 du code de la Sécurité sociale - Article L 351.13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du code pénal). La Caf ou la MSA vérifie l'exactitude des déclarations.

La loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Votre Caf ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fisc, l'Assedic. Déclarez bien votre situation exacte. A défaut, vous risqueriez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

Cadre réservé à la Cda
(tampon de la Cda)

Cadre réservé à la Cda
N° dossier Cda : _____