



LES BOUCHONS D'AMOUR DU GRAND SUD-OUEST

Région 4 dite GSO

141 chemin de Marin 32000 - AUCH



Département :

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

Téléphone :

Mail :

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"/> | <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 DU FOYER

Ressources Mensuelles	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)			
Prestations liées au Handicap			
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			
TOTAL DES RESSOURCES			

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

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

Charges Courantes par Mois			
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			

