

**PERSONNE ATTEINTE DE LA MALADIE DE PARKINSON**

Madame , Monsieur ,

Nom du demandeur.....Prénom .....

Date de naissance :.....

Adresse .....

Code postal.....Commune.....

Téléphone .....Courriel .....

Numéro d'adhérent à France Parkinson : ....., Niveau autonomie GIR :.....

**SITUATION DE FAMILLE**

Célibataire  Marié(e)  Pacsé(e)  Concubinage  Divorcé(e)  Séparé(e)  Veuf(ve)

Proche(s) aidant(s) : conjoint(e)  ascendant  descendant  voisin(s)  ami(e)

Nombre d'habitant(s) dans le logement : ....., dont enfant(s) : .....

**STATUT D'OCCUPATION**

Propriétaire occupant  locataire HLM  locataire privé  sous locataire  famille accueil

Nom propriétaire bailleur.....Adresse.....

.....Code Postal .....Commune .....

**NATURE DE LA DEMANDE D'AIDE**

Mission ergothérapeute  fiche d'identification des financements , Accompagnement  
administratif, technique et financier , financement aides techniques et travaux

Projet d'adaptation d'habitat :.....

.....

**NATURE ET MONTANT DES REVENUS DU MENAGE** (isolé(e), couple, famille)

Salaire , retraite , ASPA ou minimum vieillesse , APA , PSD , PCH , AAH

Allocation compensatrice pour tierce personne- ACTP  majoration tierce personne - MTP

invalidité  revenu de solidarité active -RSA  aide CAF , aide sociale légale ménage

Chômage  Autre (précisé).....

Ressource mensuelle.....€ Revenu fiscal de référence .....€ (avis imposition 2018)

Noms de vos caisses de retraite principales et complémentaires

.....  
.....

Nom(s) de votre (vos) mutuelle(s)

.....  
.....

Nom(s) de votre (vos) compagnie(s) d'assurances (dépendance, multirisques habitation),

.....  
.....

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur cette demande

J'atteste sur l'honneur que la demande d'aide à France Parkinson concerne la résidence principale de la personne atteinte de la maladie de Parkinson

J'accepte de contractualiser avec l'association SOLIHA de mon département (ou à défaut, la plus proche), pour la réalisation d'une à trois premières missions définies au verso (encadré « nature de la commande »), après réception de la décision d'octroi de la commission habitat de FP et que les documents produits par la commission me concernant soient transmis à l'association SOLIHA.

J'accepte que les documents produits par l'association SOLIHA et subventionnés par France Parkinson soient transmis à France Parkinson pour validation et pour règlement de l'aide directement à SOLIHA. Le traitement comptable nécessitera une conservation de certaines pièces.

Conformément à la loi « informatique et libertés », vous pouvez vous opposer à l'utilisation de vos données à caractère personnel ou y accéder pour leur rectification, limitation, effacement ou portabilité, en contactant France Parkinson – service Habitat – 18 rue des terres au Curé 75013 Paris. Les données propres aux informations liées à l'habitat seront ensuite rendues anonymes en vue de mieux appréhender les situations des ménages par la réalisation d'une étude sur les besoins, les difficultés, les choix de solutions d'adaptation de l'habitat et de l'accompagnement.

Fait à ....., le .....

Lu et approuvé et signature

Documents à joindre à la demande

- Dernier avis d'imposition,
- Attestation médicale ou autre justificatif d'atteinte de la maladie de Parkinson
- Devis des aides techniques et ou des travaux (demande financement **3**)
- Plan de financement prévisionnel (demande financement **3**)

Dossier de demande à adresser à France Parkinson, soit par courriel : [habitat@franceparkinson.fr](mailto:habitat@franceparkinson.fr), soit par courrier postal au 18 rue des terres au curé, 75013 Paris