



Demande d'aide financière pour handicap

▲ Identité

Agent CNRS **actif** : Fonction exercée et grade :
Date de recrutement sur poste CNRS :
S'agit-il d'un poste «Handicap» OUI NON
Date de naissance :

Agent CNRS **retraité** : Date de naissance :

Nom

Prénom.....

Adresse personnelle.....

Téléphone

Lieu de travail (nom et adresse)

TéléphoneTélécopie.....

Joindre à ce dossier les photocopies des pièces suivantes :
- justificatifs du surcoût des dépenses liées au handicap,
- carte d'invalidité, certificat médical,
- estimation des charges mensuelles (prêts, eau, électricité...),
- dernier bulletin de salaire et/ou de pension (agent et conjoint ou concubin),

- pour les retraités : copie de la décision de mise en retraite,
- revenus versés par les allocations familiales,
- contrat d'embauche (agent sur contrat),
- dernier avis d'imposition sur les revenus (si vie maritale, joindre celui du concubin),
- dernière quittance de loyer.

Afin de préserver la confidentialité de ce dossier, veuillez libeller votre envoi comme indiqué ci-dessous :

CAES du CNRS - Handicap - 2, allée Georges-Méliès - 94306 Vincennes Cedex

Contact service Handicap : téléphone : 01 49 57 50 08 - télécopie : 01 49 57 50 09 - handicap@caes.cnrs.fr - www.caes.cnrs.fr

▲ Situation familiale de l'agent

marié(e) célibataire veuf(ve) divorcé(e)

Nombre d'enfants à charge dont handicapé(s)

Nombre d'adultes à charge..... dont handicapé(s)

Nom	Prénom	Date de naissance	Lien de parenté avec l'agent ⁽¹⁾

▲ Ressources et charges mensuelles du foyer

Ressources mensuelles	
Traitement net de l'agents CNRS	
Salaire ou traitement net du conjoint	
Allocations familiales	
Allocation d'éducation spéciale	
Allocation adultes handicapés	
Pensions	
Autres revenus :	
Total des ressources :	

Charges mensuelles		
Prêts : organismes prêteurs	Remboursements mensuels	Nombre échéances restant dues
Loyer mensuel + charges collectives		
Impôts montants mensuels		
Autres charges (EDF, téléphone, etc.)		
Remboursement de copropriété + charges de copropriété :		
Total des charges :		

▲ Exposez, ci-dessous les motifs de votre demande

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

• Si vous avez sollicité une demande d'aide exceptionnelle auprès de votre délégation régionale CNRS, veuillez indiquer :

• le montant de cette aide : • ou la date de la CORAS :

▲ Le handicap (joindre les justificatifs : carte d'invalidité, décision de la MDPH ou certificat médical)

a) Nature du handicap

mental physique sensoriel cognitif autre

b) Apparition du handicap : • À la naissance : OUI NON Sinon à quel âge ?

c) Hébergement : • La personne handicapée fréquente-t-elle un centre spécialisé ? OUI NON

Si oui, veuillez indiquer les coordonnées de cet établissement :

Nom de l'établissement

Adresse (complète avec téléphone).....

Type d'hébergement : pension complète demi-pension

d) Degré d'autonomie

La personne handicapée a-t-elle besoin d'être aidée dans les actes de la vie courante ? OUI NON

Cette personne porte-t-elle un appareil orthopédique ? OUI NON

Si oui, lequel.....

Utilise-t-elle un fauteuil roulant ? OUI NON

Utilise-t-elle un autre véhicule ? OUI NON Si oui, lequel :

▲ Mutualité

• Avez-vous une mutuelle ? OUI NON

• MGEN OUI NON • Autre (à préciser) :

▲ Dépenses occasionnées par le handicap

(joindre les justificatifs : factures, décomptes de remboursement, etc.)

Nature des frais engagés	Montant des frais engagés	Remboursements Sécurité sociale et mutuelle	Montant des frais restant à charge
• Soins médicaux			
• Appareillage			
• Transport			
• Hospitalisation - Durée :			
• Frais de garde - Durée :			
• Autres frais - - -			
TOTAL			

▲ Organismes sollicités pour une demande d'aide :

.....
.....

▲ Montant de l'aide demandée : €