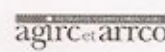
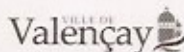
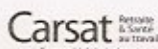


LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Indre



avec le concours financier de la CNSA



FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

DOSSIER À ENVOYER

par courrier àCentre Local d'Information et de Coordination (CLIC)
Maison Départementale de la Solidarité
Centre Colbert - Bâtiment E
4 rue Eugène Rolland
BP 601
36 020 CHATEAUROUX cedex

par mail àclic36@indre.fr

Cadre réservé à l'administration

| | | |
|--|--|--|
| Nom du demandeur ou de l'association | N° dossier | <input type="checkbox"/> aides techniques |
| Prénom | Emissions | <input type="checkbox"/> aides à l'aidant |
| Adresse | Dépôt | <input type="checkbox"/> actions collectives |
| Code postal | Présentation en comité technique | <input type="checkbox"/> actions individuelles |
| Commune | | <input type="checkbox"/> le logement |
| | | <input type="checkbox"/> les appareillages |
| | | <input type="checkbox"/> |

A QUI EST DESTINEE L'AIDE ?

la personne âgée

Nom

Prénom

Date de naissance.....

APA (allocation personnalisée autonomie) oui non

si oui GIR.....

Mutuelle : oui non

une association

Dénomination.....

maintien à domicile N° siret code APE

résidence autonomie Adresse du siège social

autre : Nom de la personne chargée du dossier.....

Tél :

Fax :

Mail :

organisme public ou privé

Dénomination

Raison sociale

N° siret code APE

Adresse du siège social

Nom de la personne chargée du dossier.....

Tél :

Fax :

Mail :

SUR QUOI PORTE LA DEMANDE ?

AIDE INDIVIDUELLE

- Aides technique
- Appareillages
- Aides financières individuelles pour des actions à séances de relaxation/bien être/thérapie individuelles non remboursées par la S.Sle ou une complémentaire santé
- Domotique - Equipement/matériel connecté
- Aide à l'aidant (actions de soutien)

Description de l'aide

.....

.....

.....

.....

.....

Pièces à joindre

- devis
- si bénéficiaire APA, copie de la notification
- avis d'imposition ou de non imposition
- copie du contrat de complémentaire santé
- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

Fait à, le

Signature

LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Indre



avec le concours financier de la CNSA



FORMULAIRE DE DEMANDE DE FINANCEMENT

DOSSIER À ENVOYER

par courrier àCentre Local d'Information et de Coordination (CLIC)
Maison Départementale de la Solidarité
Centre Colbert - Bâtiment E
4 rue Eugène Rolland
BP 601
36 020 CHATEAUROUX cedex

par mail àcllic36@indre.fr

Cadre réservé à l'administration

| | | |
|---|---|---|
| Nom du demandeur ou de l'association | N° dossier | <input type="checkbox"/> aides techniques |
| Prénom | Emissions | <input type="checkbox"/> aides à l'aidant <input type="checkbox"/> actions collectives |
| Adresse | Dépôt | <input type="checkbox"/> actions individuelles <input type="checkbox"/> le logement |
| Code postal Commune | Présentation en comité technique | <input type="checkbox"/> les appareillages <input type="checkbox"/> |

ACTIONS COLLECTIVES

- Prévention
 - nutrition
 - équilibre
 - mémoire
 - accidents domestiques
 - prévention des chutes
 - autre

- Lien social
- Manifestation ponctuelle (conférence, salon...)
- Information / formation du public ou des acteurs
- aide aux aidants

Descriptif du projet

(en faisant également apparaître le lieu de l'action, les dates prévisibles de commencement et d'achèvement de l'action)

.....

.....

.....

.....

Pièces à joindre

- devis
- budget prévisionnel de l'action faisant apparaître précisément les subventions demandées
- le dernier bilan
- le compte administratif du porteur
- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

Fait à, le

Signature

