

# LA CONFÉRENCE DES FINANCEURS

de la prévention 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 à ..... Centre 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 à ..... clic36@indre.fr

**Pour tous renseignements Contacter le CLIC au 02 54 08 37 20**

Cadre réservé à l'administration

Nom du demandeur ou de l'association .....	N° dossier .....	O aides techniques
Prénom ..... .....	Emission .....	
Adresse ..... .....	Dépôt .....	O aides à l'aidant
Code postal ..... Commune .....	Présentation en comité technique .....	O actions collectives

## RENSEIGNEMENTS CONCERNANT LE DEMANDEUR

### la personne âgée

Nom .....

Prénom.....

Date de naissance.....

Adresse domicile .....

CP - Commune ..... Tél.....

APA (allocation personnalisée autonomie)  oui  non

si oui GIR.....

Caisse de retraite principale :  CARSAT  MSA  SSI

autre, précisez .....

Complémentaire santé/Mutuelle :  oui  non

Nom de l'organisme.....

Situation familiale :  marié(e)  divorcé(e)  veuf(ve)  en concubinage  célibataire

Nombre de personnes au foyer

### une association

### organisme public

### organisme privé

Nom ..... Statut juridique.....

Adresse du siège social.....

N° siret..... Code APE.....

Activité principale.....

### Représentant légal

Nom et prénom..... Fonction.....

Tél..... Mail .....@.....

### Personne en charge du projet

Nom et prénom..... Fonction.....

Tél..... Mail .....@.....

Les données personnelles collectées sont nécessaires au traitement de votre demande auprès de la conférence des financeurs de la prévention de la perte d'autonomie des personnes âgées de l'Indre conformément aux dispositions du Code de l'Action Sociale et des Familles. Ces données sont uniquement destinées au Département de l'Indre (représenté par le Président du Conseil départemental) en charge de l'instruction des demandes, aux membres de la conférence des financeurs et le cas échéant aux experts sollicités par ces derniers. Les données seront conservées pour une durée de 6 ans après la sortie du dispositif, ou le cas échéant 6 ans à compter du règlement définitif du contentieux (sous réserve des nécessités liées au contrôle de la Chambre Régionale des Comptes). Dans le cadre du traitement de vos données, vous disposez d'un droit d'accès, de rectification, de portabilité, et d'effacement. Pour ce faire, il vous suffit de faire une demande auprès du Délégué à la Protection des Données du Département de l'Indre à [rgpd@indre.fr](mailto:rgpd@indre.fr) ou en adressant un courrier à l'Hôtel du Département. La CNIL est l'autorité de contrôle au sens et pour l'application du Règlement Général sur la Protection des Données et des textes qui en découlent. Plus d'informations sur le site [www.indre.fr](http://www.indre.fr) - rubrique Mentions Légales, «Protection des données personnelles», ou en adressant un courrier au Département.

## DEMANDE D'AIDE INDIVIDUELLE

- Aide technique
- Appareillages (appareil auditif, prothèse dentaire)
- Domotique - Equipement/matériel connecté
- Aide à l'aidant

### Description de l'aide

.....

.....

.....

.....

.....

### Avez-vous fait une demande d'aide financière complémentaire

- oui    non    demande refusée    demande en cours

si oui, auprès de quel organisme.....

si oui, montant accordé.....

### Pièces à joindre impérativement au dossier de demande

- devis (pour toute demande d'appareils auditifs produire deux devis)
- si bénéficiaire APA, copie de la notification
- copie du dernier avis d'imposition ou de non imposition à l'impôt sur le revenu (et celui du concubin le cas échéant)
- copie de la prescription médicale ou un justificatif attestant du besoin de l'aide par un professionnel de santé ou du secteur médico-social
- un relevé d'Identité Bancaire ou Postal au nom du demandeur
- justificatif des montants pris en charge (ou non) par la sécurité sociale et par la complémentaire santé (pour les aides inscrites à la LPPR)
- justificatif d'attribution ou de refus des aides financières complémentaires ou indiquer  en attente

Fait à ....., le .....

Signature

---

## DEMANDE DE SUBVENTION POUR UNE ACTION COLLECTIVE

---

Ateliers de prévention bien vieillir/santé

- nutrition
- activités physiques / équilibre / prévention des chutes
- mémoire et capacités cognitives
- bien-être / estime de soi / relaxation
- autre

Lien social

Usage du numérique (formation, ateliers)

Sécurité routière

Manifestation ponctuelle (journée d'information, conférence, salon...)

Aide aux aidants

**Nom du projet :** .....

**Descriptif succinct du projet :**

(en indiquant le nombre de personnes concernées, le lieu de l'action, les dates prévisibles de commencement et d'achèvement de l'action)

.....  
.....  
.....

**Pièces à joindre impérativement au dossier de demande**

- fiche projet : contexte, objectifs, profil des bénéficiaires, territoire de l'action, contenu du projet, déroulement dans le temps, organisation, partenaires etc ...
- budget prévisionnel de l'action faisant apparaître précisément le montant de la subvention demandée
- devis des prestations et matériels/supports techniques
- attestation de SIRET ou extrait K-bis
- le dernier bilan et compte de résultat ou compte administratif
- un Relevé d'Identité Bancaire ou Postal

Fait à ....., le .....

Signature

---