



hauts-de-seine
LE DÉPARTEMENT

Vous avez été destinataire d'une notification de la Maison départementale des personnes handicapées (MDPH).

Pour permettre le paiement de la Prestation de compensation du handicap (PCH), il est impératif de compléter ce document et de le renvoyer accompagné des justificatifs correspondant à votre situation, à l'adresse ci-dessous :

Conseil Départemental des Hauts-de-Seine

Pôle Solidarités

Direction des Prestations du Financement et du Budget

Unité Prestations Domicile

PCH

92 731 Nanterre cedex

Pour toute demande de renseignements vous pouvez écrire via le formulaire suivant :
<https://contact.hauts-de-seine.fr>.

Informations concernant le bénéficiaire :

NOM :

Prénom :

Date de naissance :

Téléphone (du bénéficiaire ou de son représentant) :

Adresse mail (du bénéficiaire ou de son représentant) :

N° de sécurité sociale :

Pour toutes les aides accordées dans le cadre de la PCH transmettre au Département :

- Un justificatif de domicile de moins de 3 mois.
- Un relevé d'identité bancaire au nom du bénéficiaire (PCH adulte) ou un relevé d'identité bancaire au nom des parents (PCH enfants) : dans le cas où le relevé d'identité bancaire est au nom d'un seul parent, joindre une autorisation de l'autre parent, de percevoir la prestation.
- La copie intégrale du dernier avis d'imposition.
- Si vous avez séjourné à l'étranger, une attestation sur l'honneur avec les dates de vos séjours hors de France.

Pour les **aides techniques et les charges exceptionnelles** joindre également :

- la copie des factures de l'aide technique ou des charges exceptionnelles (surcoûts de séjour de vacances, de permis de conduire ou autre).

Pour la PCH-aménagement véhicule, **surcoût de transport** joindre également :

- les factures des surcoûts liés aux transports (service de transports spécialisés, TAXI) sauf si vous utilisez un véhicule personnel conduit par vous-même ou un tiers (dans ce cas, ne pas joindre de justificatif).

Pour toutes les **aides humaines (aidant familial, prestataire, emploi direct, mandataire, forfaits surdité et cécité),** joindre également :

- La notification d'attribution de la Majoration tierce personne (MTP) si vous la percevez.
- Les bulletins d'hospitalisation à compter de la date de dépôt de la demande, en cas d'hospitalisation.

En complément (en fonction de l'aide humaine accordée) joindre les justificatifs listés ci-dessous :

- Aide humaine « **aidant familial** » :

- L'attestation de déclaration de l'aidant familial ci-jointe complétée et signée.
- Un justificatif de réduction du temps de travail de l'aidant familial, s'il a diminué ou cessé son activité professionnelle.

- Aide humaine « **service prestataire** » :

- Précisez le nom du service prestataire que vous avez choisi :.....
.....

(le prestataire doit être autorisé à intervenir auprès des habitants des Hauts-de-Seine. Vous pouvez consulter la liste de ces prestataires sur le site internet du Département des Hauts-de-Seine : www.hauts-de-seine.fr rubrique Solidarités/personnes âgées/maintien à domicile)

- L'autorisation ci-jointe de versement direct de la PCH au prestataire, complétée et signée.
- Si vous avez déjà réglé des factures à un service prestataire, joindre les factures acquittées.

- Aide humaine « **emploi direct** » :

- Si vous avez déjà versé des salaires à votre auxiliaire de vie : les copies des avis de prélèvements automatiques des cotisations sociales que vous a remis l'URSSAF.

- Aide humaine « **mandataire** » :

- Si vous avez déjà versé des salaires à votre auxiliaire de vie : les copies des avis de prélèvements automatiques des cotisations sociales que vous a remis l'URSSAF.

ATTESTATION DE DECLARATION D'UN AIDANT FAMILIAL

A retourner dûment complétée et signée si la CDAPH vous a attribué la PCH aidant familial.

BENEFICIAIRE (personne en situation de handicap)

M

Mme

Nom :

Nom marital :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Tél :

Atteste dédommager l'aidant familial désigné ci-dessous.

IDENTITE DE L'AIDANT FAMILIAL (personne qui accompagne la personne handicapée dans les actes de la vie quotidienne)

Nom :

Nom marital :

Prénom :

Date et lieu de naissance :

Adresse :

Date de démarrage de l'aide apportée par l'aidant familial :

Degré de parenté entre le bénéficiaire de la PCH et l'aidant familial (jusqu'au 4^{ème} degré)

conjoint-e

concubin-e

pacsé-e

père

mère

fils

fille

beau-père

belle-mère

grand-père

grand-mère

petit-fils

petite-fille

frère

sœur

beau-frère

belle-sœur

neveu

nièce

oncle

tante

cousin

cousine

Fait à :

Date :

Signature :

**AUTORISATION DE VERSEMENT DIRECT DE LA PCH A UN (DES) SERVICE(S)
PRESTATAIRE(S) D'AIDE A DOMICILE**

**A retourner dûment complétée et signée si la CDAPH vous a attribué la PCH
Prestataire**

Bénéficiaire de la P.C.H

Mme ou M :

Adresse :

Code postal :

Commune :

Je soussigné(e)

Agissant en qualité de :

bénéficiaire de la P.C.H.

Représentant légal (curateur, tuteur, etc...)

Autre :

Joindre le jugement de tutelle, le cas échéant :

**AUTORISE LE DEPARTEMENT A VERSER LA PRESTATION DE COMPENSATION
DU HANDICAP DIRECTEMENT A UN (DES) SERVICE(S) PRESTATAIRE(S) D'AIDE
A DOMICILE.**

Fait à :

Date :

Signature :