Demande d'aide financière
Aide aux Projets Vacances

AIDANT FAMILIAL
(dans le cadre d'un séjour de répit)

Dossier à adresser maxi **30 JOURS AVANT** le séjour à une structure départementale APF (délégation, SAVS, MAS, foyer de vie etc…) qui le transmettra ensuite à l'activité « Aide aux Projets Vacances » de l'APF, en vue d'un passage en commission.	**Cachet de la structure départementale APF** OBLIGATOIRE

INFORMATIONS IMPORTANTES A LIRE AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE

Cette demande ne concerne que :

les personnes, dites **Aidants Familiaux**, ayant à charge, au minimum 104 jours par an, une personne en situation de handicap et porteuses d'un projet de vacances qui se fera sans cette personne en situation de handicap, dans le cadre d'un **séjour de répit**.

Caractéristiques des séjours éligibles :
Durée minimale de **5 jours** et maximale de **22 jours**, se déroulant en **France (DOM TOM inclus) ou dans l'Union Européenne** et dont le prestataire, la structure d'hébergement ou l'organisateur possède **l'agrément ANCV**. Sont exclus les séjours à connotation religieuse, les cures thermales, les séjours de type transfert d'établissements. Cette demande est soumise à **des conditions de ressources** et, plus précisément, à des plafonds fiscaux. Aucune demande ne sera étudiée, en l'absence des documents réclamés en bas de page.

Nom : ……	**Prénom :** ……
Adresse : …… ……	**Code postal :** …… **Ville** ……
Sexe : ❑ Féminin ❑ Masculin	**Date de naissance** ___ /___ /_____ **Age** :_____ans
Adhérent à l'APF : ❑ oui, ❑ n° d'adhérent : _____ ❑ non ❑ en cours	**Handicap :** ❑ oui ❑ non

Nom et Prénom de la personne handicapée à charge **:** ……

Lien de parenté : ……

Statut social ou professionnel :

❑ salarié(e) en CDI, salarié(e) en CDD ❑ en intérim ❑ demandeur d'emploi ❑ incapacité de travailler	❑ élève/étudiant(e) ❑ déscolarisé(e) ❑ retraité(e) ❑ autres ……
Statut vis-à-vis de l'APF, à l'année ❑ bénévole ❑ salarié(e) de l'APF ❑ aucun	❑ si salarié(e), indiquer la fonction et la structure APF …… ❑ si bénévole, indiquer l'ancienneté : ……ans, dans quelle structure ou service ……

Documents indispensables à joindre au dossier

❑ Copie **intégrale** de **l'avis d'imposition 2014** (sur les revenus 2013) et/ou une attestation de paiement CAF récente, mentionnant le **Quotient Familial**
❑ une attestation de présence (si la personne handicapée à charge réside dans une structure médico-sociale)
❑ copie de la carte d'invalidité de la personne handicapée
❑ devis du séjour (réservation hôtel, camping, transport, etc…)
❑ autres documents (précisez) : …… …… …… …… …… …… ……

Descriptif et coût du projet de vacances

	Projet 1	OU Projet 2
Type de séjour	❑ individuel ❑ famille	❑ individuel ❑ famille
Nature du séjour *(mer, montagne, campagne, ville, etc)*		
Organisme : *(établissement, organisme de vacances ou de tourisme, agence de voyages, hôtel, camping, etc …)* ***avec agrément ANCV indispensable***		
Lieu du séjour		
Distance entre le lieu d'habitation et le lieu de vacances	…… km	…… km
Dates	du …… au……	du …… au……
Durée en jours (maximum 22 jours)		
Le séjour se déroule pendant les vacances scolaires	❑ oui ❑ non	❑ oui ❑ non
Noms, prénoms, dates de naissance des autres participants <u>familiaux</u> du séjour de répit		
Prix du séjour	……€	……€
Prix du trajet et mode de transport* ***(****Attention pour les frais de véhicule personnel, ne reporter que le montant des péages et pas les frais de carburant****)***	❑ train .....€ ❑ avion : .....€ ❑ taxi/VSL .....€ ❑ véhic personnel : .....€ autre :……€	❑ train : ……..€ ❑ avion : ……€ ❑ taxi/VSL : ……..€ ❑ véhic personnel :……€ autre :……€
Autres frais	❑ Alimentation : .....€ ❑ Loisirs : .....€	❑ Alimentation :…….. € ❑Loisirs :…….. €
TOTAL	……€	……€
MONTANT SOLLICITE AUPRES DE LA COMMISSION	……€	

Je soussigné(e), (*nom, prénom du demandeur ou de son représentant)*……atteste sur l'honneur que je suis couvert, dans le cadre de mon projet de vacances, par une assurance (resp. civile) et de l'exactitude des informations ci-dessus.

Fait le____/____/_____	à ……
Signature **OBLIGATOIRE** du demandeur *(ou de son représentant)*	

PARTIE RESERVEE A LA COMMISSION APF – ANCV

Date ___/___/_____	
Avis de la commission : ❑ favorable ❑ défavorable	Montant Accordé : _____ €
Motif du refus …… ……	

Les informations recueillies font l'objet d'un traitement informatique destiné à traiter votre demande d'aide financière. Les destinataires des données sont les membres de la commission ANCV au siège de l'APF et l'éventuel correspondant ANCV de la structure APF auprès de qui vous avez déposé votre dossier. Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent. Si vous souhaitez exercer ce droit et obtenir communication des informations vous concernant, veuillez-vous adresser à Com ANCV -17 bd A. Blanqui 75013 PARIS. Les informations de ce dossier seront transmises à l'ANCV pour traitement. Si vous ne le souhaitez pas cochez la case : ❑