



# Demande de complément de ressources (Allocation aux adultes handicapés)



santé  
famille  
retraite  
services



*Vous percevez l'allocation aux adultes handicapés (Aah) ou vous la demandez\*,  
vous avez peut-être aussi droit à un **complément de ressources**.  
Déposez cette demande remplie et signée à la Maison départementale des personnes  
handicapées. Joignez le certificat médical rempli par votre médecin traitant.  
\* Pour demander l'Aah, remplissez le formulaire de demande d'une personne adulte handicapée.*

Article L 821-1-1 du code de la Sécurité sociale

## Ce qu'il faut savoir :

Le complément de ressources compense l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

## Faites une demande si :

- vous êtes âgé(e) de moins de 60 ans ;
- vous disposez d'un logement indépendant ;
- vous n'avez pas perçu, à titre personnel, de revenus d'activité à caractère professionnel depuis un an.

## Le complément de ressources vous sera versé :

- si votre taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 % ;
- et si votre capacité de travail est inférieure à 5 % ;
- et si vous percevez le montant maximum d'Aah ou si vous percevez l'Aah en complément d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail.

## Merci de rappeler votre identité

▶ Votre nom de naissance : \_\_\_\_\_ Votre nom d'époux(se) : \_\_\_\_\_  
Vos prénoms : \_\_\_\_\_ Votre date de naissance : □□□□ □□□□

## Votre adresse complète

▶ Votre adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : □□□□□□ Commune : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : □□□□□□□□□□

Vous êtes :  locataire ou sous-locataire  propriétaire ou accédant à la propriété  
 hébergé chez un particulier  hospitalisé  incarcéré  
 résident d'un établissement (foyer, Mas, Ime, etc.)  
 autres cas, précisez : \_\_\_\_\_

Percevez-vous l'Aah ?  non  oui Votre n° d'allocataire Caf : \_\_\_\_\_

Votre n° de MSA : \_\_\_\_\_

Caf ou MSA de : \_\_\_\_\_

Etes-vous inscrit à la Cda\* ?  non  oui Votre n° de dossier : \_\_\_\_\_

\* Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex Cotorep)

## Emplacement réservé à la Caf ou à la MSA

P 1121001 R Date de la demande : □□□□ □□□□

DAAHCR  première demande  renouvellement





# Demande de complément de ressources (Allocation aux adultes handicapés)

## ► Votre situation professionnelle

Travaillez-vous actuellement ?  non  oui

Si non, êtes-vous inscrit(e) à l'Anpe ?  oui  non

Si oui ;  milieu ordinaire  milieu protégé

Employeur actuel ou dernier employeur :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Commune : \_\_\_\_\_

Période de travail : du \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

Emploi occupé : \_\_\_\_\_

Avez-vous perçu dans les douze mois précédant la date de votre demande (cochez la case qui correspond à votre situation) :

. des revenus d'activité (y compris en CAT ou en entreprise adaptée) :  oui  non

. des indemnités journalières :  oui  non

En cas de doute, précisez la nature du revenu : \_\_\_\_\_

Le signataire certifie sur l'honneur l'exactitude de cette déclaration et des documents joints. Il s'engage à signaler immédiatement tout changement modifiant cette déclaration.

Fait à : \_\_\_\_\_ Le : \_\_\_\_\_

*Si le signataire est un représentant de l'allocataire,  
précisez ci-dessous ses nom, prénom, qualité et adresse :*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Votre signature ou signature de votre représentant

La loi punit quiconque se rend coupable de fraudes ou de fausses déclarations (Article L.554-1, L.835.5 du code de la Sécurité sociale - Article L 351.13 du code de la construction et de l'habitation - Article 441.1 du code pénal). La Caf ou la MSA vérifie l'exactitude des déclarations.

La loi 78-17 du 06/01/1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de l'organisme qui a traité votre demande.

Votre Caf ou votre MSA procède à des échanges d'informations avec le Fisc, l'Assedic. Déclarez bien votre situation exacte. A défaut, vous risqueriez de devoir rembourser les sommes perçues à tort.

Cadre réservé à la Cda  
(tampon de la Cda)

Cadre réservé à la Cda  
N° dossier Cda : \_\_\_\_\_