



# Aide à la Vie Partagée

## Formulaire de demande

L'Aide à la Vie Partagée est un droit accordé à une personne âgée ou une personne en situation de handicap, habitant dans un habitat inclusif pour financer le projet de vie sociale et partagée. Elle est versée directement à la personne morale, chargée d'assurer le projet de vie sociale et partagée ayant signé, au titre des logements concernés, une convention avec le Département de la Vienne (article L.281-2-1 du CASF).

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HABITAT INCLUSIF

Date d'envoi : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

Nom du porteur de projet signataire de la convention avec le Département de la Vienne :

Adresse complète de l'habitat inclusif : .....

### RENSEIGNEMENTS CONCERNANT L'HABITANT (LE DEMANDEUR)

#### 1. Le demandeur(se)

Nom du demandeur : ..... Prénom(s) : .....

Date de naissance : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Nationalité : .....

Nom du représentant légal (s'il y a lieu) : .....

Lien du représentant légal avec l'habitant ou organisme : .....

Adresse dans l'habitat inclusif : .....

Téléphone portable : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ Adresse mail : .....@.....

#### 2. Situation avant l'arrivée en habitat inclusif

Avant l'arrivée dans l'habitat inclusif, où résidiez-vous ?

Votre domicile      Si oui, précisez si vous étiez :  propriétaire     locataire

Domicile parental     Etablissement médico-social, précisez le type d'établissement : .....

Autres, précisez : .....

Date du début de la location en habitat inclusif au titre de votre résidence principale : \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / 20\_\_\_\_  
(date d'entrée effective dans le logement)

### 3. Votre statut

**Vous êtes une personne en situation de handicap**

Vous bénéficiez d'un droit ouvert à la Maison Départementale des personnes Handicapées (MDPH), précisez :

RQTH  AAH  CMI  PCH  Orientation vers un ESMS (précisez) : .....

Vous bénéficiez d'une pension d'invalidité délivrée par la CPAM :  2<sup>ème</sup> catégorie  3<sup>ème</sup> catégorie

**Vous êtes une personne âgée de plus de 65 ans**

#### PIECES OBLIGATOIRES A JOINDRE A LA DEMANDE

**Le dossier ne sera déclaré complet qu'au vu des pièces justificatives ci-dessous pièces justificatives suivantes à joindre à la demande.**

Personne âgée de plus de 65 ans	Personne en situation de handicap
<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pour les locataires</u> copie du bail de location dans son intégralité</li><li>• <u>Pour les propriétaires</u> document attestant de la présence dans le logement et mentionnant la date de prise d'effet (facture de souscription à un contrat d'énergie, d'eau ou attestation d'assurance habitation)</li><li>• Copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité ou pour les ressortissants hors UE copie recto/verso du titre de séjour en cours de validité</li><li>• <u>Le cas échéant</u>, copie du jugement de la mesure de protection juridique</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• <u>Pour les locataires</u> copie du bail de location dans son intégralité</li><li>• <u>Pour les propriétaires</u> document attestant de la présence dans le logement et mentionnant la date de prise d'effet (facture de souscription à un contrat d'énergie, d'eau ou attestation d'assurance habitation)</li><li>• Copie recto/verso de la carte d'identité en cours de validité ou pour les ressortissants hors UE copie recto/verso du titre de séjour en cours de validité</li><li>• <u>Le cas échéant</u>, copie du jugement de la mesure de protection juridique</li><li>• Copie de la notification de droits délivrés par la Maison Départementale des Personnes Handicapées (AAH, PCH, RQTH, orientation ESMS etc.) ou de la carte CMI en cours de validité au jour de la demande d'AVP</li><li>• Ou notification d'attribution d'une pension d'invalidité de 2<sup>ème</sup> ou 3<sup>ème</sup> catégorie (<u>uniquement si le demandeur ne dispose pas d'une notification de la MDPH</u>)</li></ul>

Signature du demandeur ou de son représentant légal :  Mme.  M. \_\_\_\_\_

À : \_\_\_\_\_

Le : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20 \_\_\_\_\_

Signature :

**À renvoyer directement par courrier** : Direction Générale Adjointe des Solidarités - Direction de l'Autonomie - Service Schémas-Projets - 39 rue de Beaulieu, 86 034 Poitiers

#### Information sur vos droits relatifs au traitement de vos données à caractère personnel

Les informations sont collectées par le Département de la Vienne, responsable de traitement, dans le cadre de l'aide à la vie partagée. Ce traitement est nécessaire à l'exécution de la mission d'intérêt public du Département. Les finalités du traitement sont l'instruction de la demande, le versement de l'aide au responsable de l'habitat inclusif concerné, le contrôle de l'effectivité des activités et du projet financé, le bilan anonymisé nécessaire à la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) et la connaissance de la population des bénéficiaires à des fins de pilotage et de suivi de l'habitat inclusif dans la Vienne par la Conférence des financeurs de l'habitat inclusif. Pour exercer vos droits, vous pouvez contacter le Délégué à la protection des données, par courrier (Département de la Vienne, Place Aristide Briand, CS 80319, 86008 Poitiers Cedex) ou via le formulaire "Contactez le DPO" sur le site internet lavienne86.fr. Si vous estimez, après nous avoir contactés, que vos droits "Informatique et Libertés" ne sont pas respectés, vous pouvez adresser une réclamation à la CNIL. La notice d'information complète relative à ce traitement est à votre disposition sur demande auprès du service Schémas-Projets (05.49.45.55.50).