

Et si l'on respirait mieux ...



Commission Permanente d'Action Sociale.

DEMANDE d'AIDE FINANCIERE 2015

Vacances Familiales ou Individuelles, Cures, Voyages pour Insuffisants Respiratoires, Maladies rares, Neurologiques, Asthme
Séjours FFAAIR - ANTADIR - GROUPEs et autres projets vacances, Classe verte, Centre aéré, Colonie de vacances

Agrément n° AG 075.01.0003

Instructeur du dossier : _____

Adresse : _____

Téléphone : _____ E-mail : _____

⇒ Il est obligatoire pour bénéficier de ces aides d'adhérer à une association affiliée à la FFAAIR

Nom du (des) bénéficiaire(s) :

1ère demande de chèques vacances à la FFAAIR : Oui Non
Si non merci de préciser l'année/les années :

Montant Chèques-vacances sollicité :

Séjour FFAAIR/ANTADIR : Oui Non

Dates départ : du _____ Chèques vacances à envoyer avant le :

Adresse envoi des chèques vacances :

Nom de l'association affiliée à la FFAAIR à laquelle vous adhérez :
(Joindre un justificatif)

Nom du/de la représentant(e) de l'association régionale FFAAIR :

Adresse :

Tél. :

Email :

Date :

Signature obligatoire du Président :

Cachet de l'Association régionale :

Avertissement :

Les demandes de financement doivent être remises **au minimum deux mois** avant la date de départ en vacances.

Toute demande incomplète ne sera pas examinée par la Commission d'attribution.

Des demandes d'informations complémentaires pourront être demandées antérieurement au projet vacances. L'instructeur du dossier s'engage à les renseigner.

I - RENSEIGNEMENTS CONCERNANT le BENEFICIAIRE

(Préciser nom, prénom, date de naissance, adresse et handicap(s) de la personne concernée)

NOM :

Prénom :

Age : Date de naissance :

Situation de famille : marié-veuf-divorcé-autre

Adresse :

Tél :

Conjoint :

NOM :

Prénom :

Age : Date de naissance :

Situation de famille : marié-veuf-divorcé-autre

Adresse (si différente) :

_____ Idem que ci-dessus _____

**Si le bénéficiaire n'est pas majeur
renseignements concernant le responsable
légal :**

Nom : _____

Prénom : _____

Adresse (si différente) :

Fonction : _____

Tél. : _____

Départ conditionné par la présence d'un accompagnant Oui Non

(Pour s'habiller, conduire, marcher, dans certains gestes quotidiens, pour compagnie)

Nature du handicap respiratoire

Situation personnelle : Vie à domicile Vie en établissement

Départ en famille Oui Non

Dpt origine : Dpt vacances : Evaluation kms domicile/lieu de vacances :

Zone d'origine : Rurale Urbaine

Catégorie socio-professionnelle :

Etudiant CDI Contrat précaire Sans emploi Retraités Autres à préciser

II - Le PROJET VACANCES (en France ou dans un pays de l'Union européenne, payable en France)

<input type="checkbox"/> Projet individuel	<input type="checkbox"/> Séjour FFAAIR/ANTADIR	<input type="checkbox"/> Autre projet collectif
--	--	---

<input type="checkbox"/> Départ accompagné	<input type="checkbox"/> Départ non accompagné
--	--

Pour un départ accompagné nombre de personnes

<input type="checkbox"/> 1 ^{er} départ*	<input type="checkbox"/> 2 ^{ème} départ*	<input type="checkbox"/> 3 ^{ème} départ*	<input type="checkbox"/> Plus*
--	---	---	--------------------------------

* dans le cadre de la convention ANCV/FFAAIR

NB : Dans tous les cas, joindre l'avis d'imposition ou de non imposition

Descriptif et objectifs du projet vacances : (A détailler)

Enfants ou autres personnes vivant au foyer :

Nom					
Prénom					
Date de Naissance					
Lien de Parenté					
Situation Scolaire ou professionnelle					

Budget mensuel du ménage : joindre copies de tous les justificatifs

RESSOURCES (mensuelles)				CHARGES (mensuelles)	
	Demandeur	Conjoint	Autres Personnes au Foyer		Charges
Salaire				Logement - Loyer charges	
Autre revenu d'activité				Téléphone fixe Portable	
Retraite et Pension d'Invalidité				Mensualité accession à la propriété	
Indemnités Journalières Sécurité Sociale				Participation frais d'hébergement	
A.A.H.				EDF/GDF	
Indemnités chômage				Eau	
R.M.I.				Chauffage	
Prestations Familiales (à préciser) :				Taxe d'habitation Redevance T.V.	
Pension alimentaire				Taxe foncière	
Aides au logement :				Assurances logement+ voitures	
A.L.				<i>Autres Charges :</i>	
A.P.L.				Pension Alimentaire	
Revenus fonciers				Frais de garde	
Autres ressources : (à préciser)				Frais de cantine	
				Mutuelle santé	
				Frais restant à votre charge après le remboursement et paiements des aides à domiciles	
				Crédits	
				TOTAL	

Les ressources et les charges sont à indiquer même si vous ne payer pas d'impôts

IV – PLAN de FINANCEMENT du PROJET VACANCES

- Indiquer tous les montants des aides sollicitées
- Le plan de financement doit correspondre au coût global du séjour intégrant l'aide Chèques-Vacances

Demande de financement liée au surcoût de l'invalidité :

Oui Non Non

Veillez préciser votre handicap :

Coût global du séjour _____

Hôtel/location... _____

Transports _____

Péages _____

Restauration _____

Activités culturelles _____

Autres _____

Surcoût invalidité _____

Participation du vacancier : _____

Participation de la famille : _____

Participation de l'établissement spécialisé : _____

Participation d'une autre association : _____

Chèques vacances _____

Conseil Général : _____

Conseil Régional : _____

CAF ou MSA : _____

Autres financements : (Préciser)

Total : _____

Date : _____

Important : Joindre toutes les pièces justifiant la demande (factures, devis...)

Signature de l'instructeur du dossier :

Signature du bénéficiaire (majeur) :

MERCI DE RETOURNER LE DOSSIER COMPLET à :

FFAAIR - Commission d'aide sociale séjours vacances
La MAISON du POUMON - 66 Boulevard St Michel - 75006 PARIS
Tél : 09.75.68.31.16 - Fax : 01 55 42 50 44

Séjours vacances ANTADIR -FFAAIR : Tél : 01.56.81.40.63

ffaair@ffaair.org - www.ffaair.org