

# Formulaire de demande(s) auprès de la CTHD

Handicap

Tampon dateur du Sitas

## A1 - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance :

Nom d'épouse ou nom d'usage :

Prénom(s) :

Sexe :

Masculin

Féminin

Nationalité :

Française

Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance :

Commune / village / district :

Code postal :

Pays :

Si vous résidez hors du Territoire, précisez votre date d'entrée à Wallis et Futuna :

Si vous avez déjà un n° de dossier CTHD (précédemment CTTEHCA ou CTTEHPP)

précisez le n° :

## A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Ile :

District / Royaume :

Code postal :

Village :

Téléphone :

Adresse électronique :

## A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

Précisez qui détient l'autorité parentale :

Mère

Père

Les deux

Autre (précisez)

Nom :

Prénom (s) :

Ile :

District / Royaume :

Code postal :

Village :

Téléphone :

Adresse électronique :

## A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle

Curatelle simple

Curatelle renforcée

Nom et prénom :

Adresse :

Ile :

Téléphone :

Adresse électronique :

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

Prénom(s) : \_\_\_\_\_

### A5 – Percevez-vous des prestations familiales (de la part de la CPS.WF) ?

oui       non

Nom de la personne qui reçoit les prestations :

### A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes :     Célibataire     Marié(e)     En couple sans être marié(e)  
 Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)    Depuis le :

Nombre d'enfants à charge :

Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance :       Date de naissance :

Prénom(s) :

### A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint
<input type="radio"/> <b>Salarié(e)</b> (y compris apprentissage) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de début du contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fin du contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> <b>Stagiaire de la formation professionnelle</b> :	Depuis le : <input type="text"/>	
Le stage est-il rémunéré :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Non salarié(e)</b> :	depuis le : <input type="text"/>	
<i>y compris agriculture, pêche, commerçant, tout patenté</i>		
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi au Sitas</b>	depuis le : <input type="text"/>	
<input type="radio"/> <b>Retraité(e)</b>	depuis le : <input type="text"/>	
Recevez-vous l'Allocation d'aide aux personnes âgées ? :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous une aide eau électricité ? :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous obtenu ou demandé une pension de retraite ? :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le stage est-il rémunéré :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> <b>Autre</b> :	depuis le : <input type="text"/>	
<i>(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire d'autres aides, par exemple en métropole ou en Nouvelle-Calédonie)</i>		
Précisez :	<input type="text"/>	

## B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.  
Il donne un éclairage à la CTHD dans l'évaluation de votre demande.

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la CTHD pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation :

## C - Demande d'Allocation (APH) pour votre enfant handicapé

### Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ?  Oui  Non

Si vous recourez l'emploi rémunéré d'une tierce personne, du fait du handicap de votre enfant, veuillez préciser la durée de présence par semaine :  heures par semaine.

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer la durée de présence annuelle :  heures par an.

### Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	Coût			Périodicité Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financements sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

## D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation.

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

Prénom (s) : \_\_\_\_\_

### E - Demande d'aide financière Allocation (APH) pour adulte handicapé

Oui

Non

### F - Demande d'une aide à domicile à défaut d'aidant familial

Oui

Non

### G - Pièces à joindre à votre demande

- ▶ Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- ▶ Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal  
(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour à Wallis et Futuna)
- ▶ Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes);
- ▶ Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

Fait à :

Le :

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus

signature :  de la personne concernée

ou de son représentant légal

**Toute fausse déclaration vous expose à des poursuites pénales en vertu notamment de l'article 441-1 du Code pénal :**

*« Constitue un faux toute altération frauduleuse de la vérité, de nature à causer un préjudice et accomplie par quelque moyen que ce soit, dans un écrit ou tout autre support d'expression de la pensée qui a pour objet ou qui peut avoir pour effet d'établir la preuve d'un droit ou d'un fait ayant des conséquences juridiques.*

*Le faux et l'usage de faux sont punis de trois ans d'emprisonnement et de 45000 euros d'amende soit 5.369.928 francs. »*

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée 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 la CTTEHCA.

**Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect de la réglementation en vigueur.**