


Demande(s) auprès de la CRHD-NC



N° CORH | | | | | | | | ou N° CRHD | | | | | | | | D ____
Si vous avez déjà un numéro d'identification

Identification de l'adulte concerné

Nom de naissance : _____
Nom d'époux/se ou d'usage : _____
Prénom(s) : _____ Sexe : féminin masculin
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Lieu de naissance : _____
Nationalité : Française autre _____
CAFAT | | | | | | | | Mutuelle : _____ | | | | | | | |
Aide médicale : N° _____ Province : Sud îles Loyauté Nord


 Joindre une **photocopie d'un titre d'identité** (pour une première demande)
Joindre une **photo d'identité** (pour la carte de reconnaissance – délivrée à partir d'un taux de 50%)
Joindre une **photocopie de vos cartes CAFAT, aide médicale ou mutuelle**
Si vous n'êtes pas de nationalité Française, joindre la **photocopie de votre carte de séjour**

Adresse actuelle de l'adulte concerné

Appartement : _____ Bâtiment : _____ Résidence : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Quartier / tribu : _____
Commune / village : _____ BP : | | | | | | | | Code postal : | | | | | | | |
Si vous êtes hébergé(e), précisez chez qui / hospitalisé(e), où : _____
Votre numéro de téléphone : _____
Votre mail : _____ @ _____
Autre numéro de téléphone : _____ Nom du contact : _____

Représentant légal

tutelle curatelle simple curatelle renforcée sauvegarde de justice avec mandataire
 tiers digne de confiance demande en cours
Nom du représentant légal ou du tiers digne de confiance : _____
Appartement : _____ Bâtiment : _____ Résidence : _____
Adresse (numéro et rue) : _____
Quartier / tribu : _____
Commune / village : _____ BP : | | | | | | | | Code postal : | | | | | | | |
N° CAFAT : | | | | | | | | Date de naissance : ____ / ____ / ____

 Pour les mesures judiciaires (tutelle, curatelle ou sauvegarde), joindre une **photocopie du jugement**.

Situation familiale de l'adulte concerné

- Vous êtes : célibataire marié(e) en union libre / concubinage ou pacsé(e)
 séparé(e) divorcé(e) veuf(ve) Depuis le : ___ / ___ / ___

Situation particulière, précisez : _____

- Nombre d'enfants : _____ dont _____ à charge Autres personnes à charge : _____

 **Si vous avez un ou des enfant(s) majeur(s) scolarisé(s): certificat(s) de scolarité**
sauf si vous ne demandez que l'allocation.

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

Nom : _____ Prénom(s) : _____

Date de naissance : ___ / ___ / _____ Lieu de naissance : _____

N° CAFAT : |_|_|_|_|_|_|_| Situation professionnelle : _____

 **Si vous demandez un PAP, joindre une photocopie d'un titre d'identité de votre conjoint(e)**
sauf si vous ne demandez que l'allocation.

Situation professionnelle de l'adulte concerné

Niveau scolaire, indiquez la dernière classe fréquentée : _____

En emploi rémunéré depuis le : ___ / ___ / _____

- Statut professionnel : salarié patenté contrats aidés/d'insertion en milieu protégé
- Durée du travail : à temps complet à temps partiel : _____ heures / semaine
- Précisions : en arrêt maladie en congé maternité en accident du travail autre
- Type de contrat (si salarié) : CDD CDI
- Nom de votre employeur : _____ Emploi occupé : _____

A la recherche d'un emploi depuis le : ___ / ___ / _____ N° demandeur d'emploi : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Au chômage indemnisé du : ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

 Joindre obligatoirement le **justificatif d'attribution**.

En formation, précisez : _____

du : ___ / ___ / _____ au ___ / ___ / _____

Vous ne travaillez plus mais vous avez déjà travaillé (indiquez pour le dernier emploi en date) :

- Nom de votre employeur : _____ commune : _____
Emploi occupé : _____ date : _____
Combien de temps êtes-vous resté(e) sur ce poste : _____
- Pourquoi n'y travaillez-vous plus ? fin de contrat démission licenciement
 accident du travail
 à cause de la maladie ou autre, précisez : _____

Retraité(e) ou plus en activité

- Percevez-vous une retraite ? non oui, depuis le : ____ \ ____ \ ____
- Précisez le ou les organismes de retraite : _____ N° d'affiliation : _____
_____ N° d'affiliation : _____
_____ N° d'affiliation : _____
- S'agit-il d'une retraite anticipée pour inaptitude ? oui non

Bénéficiaire d'une pension d'invalidité ou d'une rente d'accident du travail,

depuis le : ____ \ ____ \ ____

- Pension d'invalidité CAFAT, précisez la catégorie : 1 2 3
- Rente accident du travail : oui non



Joindre obligatoirement le **justificatif d'attribution**.

Vous subvenez à vos besoins (par la pêche, la chasse, la culture vivrière...).

Avez-vous fait des démarches en vue d'une formation/d'un reclassement professionnel ? oui non

Avez-vous été reçu par le médecin du travail ? oui non

Si oui, quelle année : |_|_|_|_|



Joindre une photocopie de la **fiche d'aptitude** (si vous l'avez).

Suivi social

Si vous êtes suivi par un travailleur social, indiquez son nom et celui de l'organisme dont il / elle dépend :

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Nom : _____ Organisme : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Contexte de la demande et modalités de son examen

• Personne ou organisme à l'origine de la demande :

vous-même

une personne de votre entourage, précisez le lien : _____

un professionnel, précisez son nom et sa fonction : _____

• Si vous êtes reçu(e) en entretien avec la CRHD, souhaitez-vous être accompagné(e) ?

oui non

Si oui, précisez : traducteur, ami / membre de la famille, professionnel...),

Nom et prénom : _____ Tél. : ____ . ____ . ____

Motif de la demande

- Reconnaissance de handicap ou de perte d'autonomie
- Reconnaissance de travailleur handicapé (TH)
- Demande de PAP (Plan d'Accompagnement Personnalisé) – formulaire PAP à remplir
- Demande d'orientation (vers un service ou une structure),
précisez lequel / laquelle : _____

Vous demandez un **renouvellement** ou une **révision** de votre reconnaissance et/ou de votre PAP et vous estimez que **votre situation a changé**, précisez ce que vous demandez à réviser :

Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Expliquez la difficulté :

Le : ____/____/____

Signature : de la personne concernée
 de son représentant légal

Signature :

J'accepte que la CRHD, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent.

Je n'accepte pas que la CRHD, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations que j'ai déclarées dans ce formulaire.

Pour information sur le traitement de ces données, reportez-vous à la notice explicative du formulaire auprès de la CRHD-NC ou sur notre site Internet www.dass.nc, onglet handicap et dépendance.

Conformément à l'article 43 de la loi de pays n° 2009-2 du 7 janvier 2009 : « Est passible d'une amende de 596 000 Francs CFP quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir une des aides prévues dans la présente loi du pays, qui n'est pas due, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant ».