

**DEMANDE D'AIDE FINANCIERE POUR LES
PERSONNES RETRAITEES, INVALIDES OU HANDICAPEES SOUFFRANT
D'INCONTINENCE**

Nom : Prénom :

Adresse :

Code Postal : Ville :

Date de naissance : Lieu de naissance :

N° de téléphone : Adresse mail :

Situation :

- | | |
|--|--------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> A la retraite | <input type="checkbox"/> Marié(e) |
| <input type="checkbox"/> Invalide | <input type="checkbox"/> Veuf (ve) |
| <input type="checkbox"/> Handicapé(e) | <input type="checkbox"/> Célibataire |
| | <input type="checkbox"/> Divorcé(e) |
| | <input type="checkbox"/> PACS |

PIECES A JOINDRE OBLIGATOIREMENT :

- Photocopie du dernier avis d'imposition
- Photocopie de la facture de la redevance d'enlèvement des ordures ménagères ou une copie du décompte des charges pour les personnes habitant un immeuble avec des bacs collectifs
- Photocopie des factures nominatives concernant l'achat des changes complets et/ou des slips absorbants
- Photocopie de la carte d'identité ou du passeport
- R.I.B. avec BIC et IBAN au nom du bénéficiaire de l'aide
- Certificat médical

EN PLUS POUR LES PERSONNES INVALIDES OU HANDICAPEES merci de fournir tout justificatif nécessaire.

Le dossier complet doit être adressé à la mairie de votre domicile.

Fait à le :

Signature :

VISA DE LA MAIRIE



CONDITIONS GENERALES

Suite à l'entrée en vigueur de la redevance incitative, la communauté de communes du Pays de Wissembourg a mis en place, par délibérations du 26 mars 2018 et du 8 octobre 2018, une aide financière pour les personnes retraitées, invalides ou handicapées souffrant d'incontinence.

Pour bénéficier de l'aide il faut remplir les conditions suivantes :

- être retraité, invalide ou porteur d'un handicap
- habiter sur le territoire de la communauté des communes du Pays de Wissembourg
- être à jour du paiement de la redevance d'enlèvement des ordures ménagères
- présenter toutes les pièces justificatives

Modalités de paiement :

- L'aide financière sera versée en deux fois après la validation du dossier par la commission « Séniors ».
- Le 1^{er} paiement se fera en décembre 2018 pour la facture d'enlèvement des ordures ménagères du 1^{er} semestre 2018.
- Le deuxième paiement interviendra après le vote du budget de la communauté de communes, soit entre avril et mai 2019.
- Si le foyer est composé de plusieurs personnes, le volume de déchets sera divisé par le nombre d'occupants, seule la part proportionnelle du demandeur pourra être prise en compte pour le calcul de l'aide financière.
- Le montant de l'aide sera versé uniquement au demandeur et ne pourra excéder le montant de la part variable du demandeur.

Le montant maximum de l'aide accordée est calculé en fonction des ressources selon le barème ci-joint. Il sera proratisé en fonction de la date de la survenance de l'incontinence indiquée dans le certificat médical.

La communauté de communes du Pays de Wissembourg se réserve le droit de le réviser chaque année.

BAREME

PERSONNES SEULES

TARIF	A	B	C
<i>REVENUS (revenus N-1 avant l'abattement de 10%)</i>	<i><= 1000</i>	<i>1001-1 200 €</i>	<i>1 201-1 400 €</i>
<i>MONTANT MAXIMUM DE L'AIDE ANNUELLE</i>	80€	65€	50€

0 € pour les revenus mensuels > à 1 400 €

COUPLES

TARIF	A	B	C
<i>REVENUS (revenus N-1 avant l'abattement de 10%)</i>	<i><= 1500 €</i>	<i>1 501-1 700 €</i>	<i>1 701-1 900 €</i>
<i>MONTANT MAXIMUM DE L'AIDE ANNUELLE PAR PERSONNE CONCERNEE</i>	80 €	65 €	50 €

0 € pour les revenus mensuels > à 1 900 €



CERTIFICAT MEDICAL

CONFIDENTIEL

Ce certificat médical est établi dans le cadre de la demande d'aide financière pouvant être accordée par la communauté de communes du Pays de Wissembourg aux personnes souffrant d'incontinence suite à la mise en place de la redevance incitative.

Je soussigné(e), Docteur.....

atteste par la présente que Madame/Monsieur

né(e) le à

et domicilié(e) à

.....

souffre d'une incontinence sévère et non de simples fuites urinaires depuis le

Fait à, le

Cachet et signature du médecin