

# Fiche de renseignement Handicap

Site Internet : [www.groupe-uneo.fr](http://www.groupe-uneo.fr)

Tél. : 0970 80 96 87 (prix d'un appel local)

Mutuelle soumise aux dispositions du livre III du Code de la mutualité

Année 2010 - FR-H

➤ **MERCI D'ÉCRIRE EN LETTRES CAPITALES ET DE COCHER LES CASES CORRESPONDANTES**



## À RENVoyer SOUS PLI AFFRANCHI

à l'adresse suivante :

**Mutuelle Nationale Militaire - Service Action sociale - 48 rue Barbès - 92542 Montrouge cedex**  
accompagnée de la photocopie :

→ de la carte d'identité ;

→ de la décision de la CDAPH (Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées) ;

→ éventuellement, de la décision d'octroi de la prestation de compensation.

## ➤ ADHÉRENT

M  Mme  Mlle 

NOM : |\_\_\_\_\_|

NOM (de jeune fille) : |\_\_\_\_\_|

Prénom : |\_\_\_\_\_|

N° d'adhérent : |\_\_\_\_\_|

N° Sécurité sociale (INSEE) :

|\_\_\_\_\_| Clé |\_\_\_\_\_|

Centre de paiement Sécurité sociale :

CNMSS  CPAM Autre  Précisez : |\_\_\_\_\_|

## ➤ ADRESSE

|\_\_\_\_\_|  
ÉVENTUELLEMENT CHEZ MONSIEUR OU MADAME|\_\_\_\_\_|  
COMPLÉMENT GÉOGRAPHIQUE (LIEU-DIT/ RÉSIDENCE/BÂTIMENT/ESCALIER...)

N° : |\_\_\_\_\_| Type de voie (rue, bd...) : |\_\_\_\_\_|

Nom de la voie : |\_\_\_\_\_|

Ville : |\_\_\_\_\_|

Code postal : |\_\_\_\_\_| Pays : |\_\_\_\_\_|

Tél. dom. : |\_\_\_\_\_|

Tél. port. : |\_\_\_\_\_|

Tél. prof. : |\_\_\_\_\_|

Fax : |\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|  
ADRESSE ÉLECTRONIQUE

## ➤ SITUATION FAMILIALE

Célibataire  Marié(e)  Vie maritale Veuf (ve)  Divorcé(e)  Séparé(e) 

## ➤ SITUATION PROFESSIONNELLE

Situation militaire <sup>(1)</sup>Activité de service  Retraité(e) |\_\_\_\_\_|  
GRADE

Activité professionnelle (autre que carrière militaire)

Oui  Non 

Si oui laquelle : |\_\_\_\_\_|

Activité professionnelle de l'autre parent

Oui  Non 

Si oui laquelle : |\_\_\_\_\_|

Avez-vous souscrit un contrat rente-survie au bénéfice de la personne handicapée ?

Oui  Non 

## ➤ PROBLÈMES PARTICULIERS

dûs au handicap

(transport, soins, garde, etc.) <sup>(2)</sup>

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

|\_\_\_\_\_|

(1) À renseigner par les militaires et anciens militaires de carrière ou engagés.

(2) Les exposer après avoir renseigné les rubriques du verso.

# Fiche de renseignement Handicap

## RENSEIGNEMENTS SUR LE HANDICAP

NOM : \_\_\_\_\_

NOM (de jeune fille) : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Sexe : Masculin  Féminin

Lieu de naissance : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_

Type de handicap :

Mental  Moteur  Visuel

Auditif  Autre

Déficiences multiples (précisez lesquelles) :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Âge auquel le handicap s'est révélé : \_\_\_\_\_

Cause du handicap, si elle est connue :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Renseignements complémentaires éventuels sur le handicap <sup>(1)</sup> :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Dépendance : Totale  Partielle

Nécessité d'une tierce personne de façon :

Permanente  Régulière  Occasionnelle

Appareillage éventuel :

\_\_\_\_\_

Fauteuil roulant : Oui  Non

## HOSPITALISATION - RÉSIDENCE

La personne handicapée est hospitalisée : Oui  Non

Si, oui : Provisoirement  Durée indéterminée

Nom de l'hôpital : \_\_\_\_\_

La personne handicapée est placée dans un établissement non hospitalier : Oui  Non

Si oui, nom de l'établissement : \_\_\_\_\_

La personne vit dans un domicile privé : Oui  Non

Si, oui : Domicile familial  Domicile personnel

Est-elle traitée à domicile : Oui  Non

Si oui, dans quelles conditions :

\_\_\_\_\_

## ENFANT HANDICAPÉ

Le handicap de l'enfant ouvre-t-il droit à :

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) :

Oui  Non

Compléments de l'AEEH : Oui  Non

Si oui, préciser la catégorie :

\_\_\_\_\_

Allocation interministérielle (Fonction publique) :

Oui  depuis le \_\_\_\_\_

Non

## ADULTE HANDICAPÉ

N° Sécurité sociale (INSEE) :

\_\_\_\_\_ Clé \_\_\_\_\_

Centre de paiement Sécurité sociale : CNMSS  CPAM

Autre  Précisez : \_\_\_\_\_

Situation de famille : \_\_\_\_\_

Adresse <sup>(2)</sup> : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Code postal : \_\_\_\_\_ Ville : \_\_\_\_\_

Son handicap ouvre-t-il droit à l'allocation compensatrice pour tierce personne :

Oui  Non

Perçoit-il l'AAH <sup>(3)</sup> : Oui  Non

Exerce-t-il une activité professionnelle : Oui  Non

Si oui, laquelle : \_\_\_\_\_

La CDAPH a-t-elle reconnu sa qualité de travailleur handicapé :

Oui  Non

Si oui, préciser la catégorie : A  B  C