



Demande de complément de ressources

(Allocation aux adultes handicapés)



Vous percevez l'allocation aux adultes handicapés (Aah) ou vous la demandez, vous avez peut-être aussi droit à un complément de ressources. Déposez cette demande remplie et signée à la Maison départementale des personnes handicapées. Joignez le certificat médical rempli par votre médecin traitant.*

** Pour demander l'Aah, remplissez le formulaire de demande d'une personne adulte handicapée.*

Article L 821-1-1 du code de la Sécurité sociale

Ce qu'il faut savoir :

Le complément de ressources compense l'absence durable de revenus d'activité des personnes handicapées dans l'incapacité de travailler.

Faites une demande si :

- vous êtes âgé(e) de moins de 60 ans ;
- vous disposez d'un logement indépendant ;
- vous n'avez pas perçu, à titre personnel, de revenus d'activité à caractère professionnel depuis un an.

Le complément de ressources vous sera versé :

- si votre taux d'incapacité est égal ou supérieur à 80 % ;
- et si votre capacité de travail est inférieure à 5 % ;
- et si vous percevez le montant maximum d'Aah ou si vous percevez l'Aah en complément d'une pension d'invalidité ou d'une pension de vieillesse ou d'une rente d'accident du travail.

Merci de rappeler votre identité

▶ Votre nom de naissance : _____ Votre nom d'époux(se) : _____
 Vos prénoms : _____ Votre date de naissance : □□ □□ □□□□

Votre adresse complète

▶ Votre adresse : _____
 Code postal : □□□□□ Commune : _____
 Numéro de téléphone : □□□□□□□□□□

Vous êtes : locataire ou sous-locataire propriétaire ou accédant à la propriété
 hébergé chez un particulier hospitalisé incarcéré
 résident d'un établissement (foyer, Mas, Ime, etc.)
 autres cas, précisez : _____

Percevez-vous l'Aah ? non oui Votre n° d'allocataire Caf : _____
 Votre n° de MSA : _____
 Caf ou MSA de : _____

Etes-vous inscrit à la Cda* ? non oui Votre n° de dossier : _____

* Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (ex Cotorep)

Emplacement réservé à la Caf ou à la MSA

P 1121001 R Date de la demande : □□ □□ □□□□
 DAAHCR première demande renouvellement



