



# VIVRE SANS VOIR

06 16 40 45 90 – [contact@vivresansvoir.fr](mailto:contact@vivresansvoir.fr)  
[www.vivresansvoir.fr](http://www.vivresansvoir.fr)

## FORMULAIRE DE DEMANDE

### LA PERSONNE

Nom et Prénom .....

Adresse .....

Code Postal ..... Ville .....

Courriel .....

Portable ..... Né en ..... Adhérent à l'association  oui  non

Prestation perçue  ACTP  PCH  Personne âgée

Nombre de personnes au foyer.....t

Montant de vos charges ..... Présentation de votre avis d'impôt  oui  non

### VOTRE DEMANDE

Votre projet : .....

.....

Montant global de l'outil de compensation.....

Les aides obtenues pour ce projet ? (spécifié l'organisme et le montant)

.....

.....

### LA DECISION DE LA COMMISSION

La commission réunion le .....(date) a pris la décision suivante :

dossier est recevable pour l'obtention d'une aide d'un montant de .....  
qui sera remis à (nom et adresse de l'organisme).....

dossier refusé pour le motif .....

Notification envoyée le .....par mail à .....