

**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
Année 2020
(Modifiées par la délibération du 16 décembre 2019)

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 paiement concernant la facture d'enlèvement des ordures ménagères du 2ème semestre 2019 interviendra après le vote du budget de la communauté de communes, soit entre mai et juin 2020.
- Le deuxième paiement interviendra en décembre 2020 et concernera la facture d'enlèvement des ordures ménagères du 1^{er} semestre 2020.
- Si le foyer est composé de plusieurs personnes: pour chaque occupant autre que la personne souffrant d'incontinence, le poids moyen annuel (communiqué tous les ans par le SMICTOM) par habitant sera retranché du poids total produit par le foyer. Le poids restant sera donc imputé à la personne souffrant d'incontinence.
- 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
(Modifié par la délibération du 16 décembre 2019)

PERSONNES SEULES

TARIF	A	B	C
<i>REVENUS (revenus N-1 avant l'abattement de 10%)</i>	<= 1000	1001-1 200 €	1 201-1 400 €
<i>MONTANT MAXIMUM DE L'AIDE ANNUELLE</i>	100€	80€	70€

0 € pour les revenus mensuels > à 1 400 €

COUPLES

TARIF	A	B	C
<i>REVENUS (revenus N-1 avant l'abattement de 10%)</i>	<= 1500 €	1 501-1 700 €	1 701-1 900 €
<i>MONTANT MAXIMUM DE L'AIDE ANNUELLE PAR PERSONNE CONCERNEE</i>	100 €	80 €	70 €

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