



DECLARATION DE LA SITUATION PROFESSIONNELLE DU BENEFICIAIRE

Prestation de Compensation du Handicap (PCH)

Cochez par oui ou par non et signez votre déclaration

Nom :

Prénom :

Adresse :

Dossier suivi par :

Etes-vous salarié(e) :	- Oui <input type="radio"/>	- Non <input type="radio"/>
Etes-vous demandeur d'emploi :	- Oui <input type="radio"/>	- Non <input type="radio"/>
Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation Adulte Handicapé (A.A.H.) :	- Oui <input type="radio"/>	- Non <input type="radio"/>
Etes-vous bénéficiaire de l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé (A.E.E.H.) :	- Oui <input type="radio"/>	- Non <input type="radio"/>
Autres : (R.S.A ...)	- Oui <input type="radio"/>	- Non <input type="radio"/>

Pour tout courrier :

Monsieur le Président du Conseil départemental du Val-de-Marne
Hôtel du département
Direction de l'Autonomie
94054 - Créteil Cedex

Cochez par oui ou par non et signez votre déclaration

Etes-vous retraité(e) :

- Oui

- Non

Etes-vous bénéficiaire d'une Pension d'Invalidité :

- Oui

- Non



Si oui :

Quelle est la Catégorie

1

2

3*

*** La 3ème catégorie correspond à la " Majoration Tierce Personne " (M.T.P.) ou à la " Prestation Complémentaire de Recours à Tierce Personne " (P.C.R.T.P.)**

Je déclare sur l'honneur l'exactitude des renseignements ci-dessus :

DATE :

SIGNATURE du bénéficiaire ou
De son représentant légal :

Pour tout courrier :

Monsieur le Président du Conseil départemental du Val-de-Marne
Hôtel du département
Direction de l'Autonomie
94054 - Créteil Cedex