

Prestation de Compensation du Handicap

Formulaire relatif à une demande de prestation pour **des charges spécifiques**
à retourner (complété **exclusivement à l'encre noire**, daté et signé) à la MDPH de la Somme.

NOM :
Prénom :
Adresse complète :
N° dossier :

Changes :

Type de changes	Consommation le jour (préciser par jour ou par mois)	Consommation la nuit (préciser par nuit ou par mois)	Coût d'un paquet	Nombre de changes par paquet	PCH

Alèses :

Type d'alèses	Consommation le jour (préciser par jour ou par mois)	Consommation la nuit (préciser par nuit ou par mois)	Coût d'un paquet	Nombre d'alèses par paquet	PCH

Autres :

Nature de la demande	Consommation/Forfait/Abonnement (préciser par jour ou par mois)	Coût	PCH

Joindre à ce formulaire le(s) justificatif(s) : devis pour un mois ou factures des 3 derniers mois minimum.

Date :

Signature

Conformément à la loi « informatique et libertés » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004, vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à la MDPH.