

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH



N° 13788*01

A - Identification de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Nom de naissance : _____

Nom d'épouse ou nom d'usage : _____

Prénom(s) : _____

Sexe : Masculin Féminin

Nationalité : Française EEE ou Suisse Autre

Date de naissance : _____

Lieu de naissance : Code postal : _____

Commune : _____

Pays : _____

Si vous résidiez à l'étranger, précisez votre date d'entrée en France : _____

N° de sécurité sociale : _____

Nom de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un n° de dossier MDPH, précisez :

Le n° : _____ Dans quel département ? _____

A2 - Adresse actuelle de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel : _____

A3 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Fax :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____

Précisez qui détient l'autorité parentale : Mère Père Les deux Autre

Si autre, précisez les coordonnées de la personne ou organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal (pour les adultes - le cas échéant)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Autre

Nom de la personne ou organisme : _____

Adresse de la personne ou organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

Téléphone : [][][][][][][][][][][][][] Fax : [][][][][][][][][][][][][][]

Adresse électronique : _____

A5 - Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

Précisez le numéro d'allocataire : _____ CAF MSA Autre

Nom et prénom de l'allocataire : _____

Nom de l'organisme : _____

Adresse de l'organisme : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][][] Commune : _____

A6 - Situation familiale de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

Vous êtes : Célibataire Marié(e) En couple sans être marié(e)
Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)

Depuis le : [][][][][][][][] Nombre d'enfants à charge : [][]

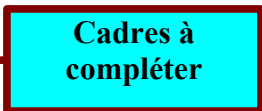
Si vous êtes en couple, précisez l'identité de votre conjoint(e) :

Nom de naissance : _____

Prénom(s) : _____ Date de naissance : [][][][][][][][]

A7 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou ayant la charge de l'enfant

	Vous	Votre conjoint(e)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
Date de fin du contrat :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]
en milieu protégé ESAT depuis le :	[][][][][][][][]	[][][][][][][][]



	Vous	Vous	Votre conjoint(e)			
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle	depuis le :		depuis le :			
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	_____		_____			
Adresse de votre employeur : N° et Rue :	_____		_____			
ou organisme de formation	_____		_____			
Complément d'adresse :	_____		_____			
Code postal :	_____		_____			
Commune :	_____		_____			
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	_____		_____			
<input type="radio"/> Non salarié(e)	depuis le :		depuis le :			
y compris exploitant agricole, prof. Libérale	_____		_____			
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____		_____			
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi	depuis le :		depuis le :			
_____	_____		_____			
Indemnisé(e) depuis le :	_____		_____			
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
<input type="radio"/> Retraité(e)	depuis le :		depuis le :			
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension	depuis le :		depuis le :			
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui	<input type="radio"/> Non		
<input type="radio"/> Autre	depuis le :		depuis le :			
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)	_____		_____			
Précisez :	_____		_____			

A8 - Autre situation de la personne concernée

Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement médico-social

Vous êtes hospitalisé(e)

Autres cas, précisez : _____

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : _____

Commune : _____

A9 - Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Locataire, sous-locataire ou co-locataire

Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)

Propriétaire ou accédant à la propriété

Autres, précisez : _____

Espace réservé

P 1 1 1 0 6 0 1 G

DMDPH

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Ce paragraphe « Projet de vie » vous invite à vous exprimer librement sur vos attentes et vos besoins en relation avec votre situation. Il est facultatif et vous pourrez le modifier à tout moment.

Il donne un éclairage à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation pour construire votre Plan personnalisé de compensation.

Précisez, si vous le souhaitez, vos attentes et besoins en termes de communication, santé, scolarité, formation, travail, logement, vie quotidienne, vie affective, vie familiale, loisirs ...

Pour un enfant sourd, veuillez indiquer votre choix ou son choix, de mode(s) de communication dans le domaine de l'éducation et de l'enseignement :

Langue française avec ou sans LPC (Langue française Parlée Complétée) OU Bilinguisme (LSF : Langue des Signes Française + langue française)

(Si vous manquez de place, n'hésitez pas à poursuivre sur papier libre)

**Justifier, les motifs et
l'utilité de la participation
dans un séjour**

Je souhaite être aidé(e) par un professionnel de la MDPH pour exprimer mes attentes et mes besoins

Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____

C- Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le : [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico social ou sanitaire ...)

Si votre enfant est placé en internat, ses frais de séjour sont-ils intégralement pris en charge par l'assurance maladie, l'État ou l'aide sociale ? Oui Non

Présence d'une personne auprès de l'enfant

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui Non

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le temps de rémunération : _____ heures par semaine

Si l'emploi n'est pas régulier, veuillez estimer le nombre d'heures par an : _____ heures

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PÉRIODICITÉ Semaine, mois, année, occasionnelle
	Financeurs sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge	
TOTAL				

D- Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B. Précisez éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Avez-vous une préférence pour un établissement ou un service ? Précisez :

Nom : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
 Carte d'invalidité avec mention besoin d'accompagnement
 Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation

Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AAEH (Allocation d'Éducation d'Enfant Handicapé)

Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Tierce personne - ACTP

Renouvellement ou révision d'Allocation Compensatrice pour Frais Professionnels - ACFP

Bénéficiez-vous de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie - l'APA ? Oui Non

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

Aide humaine

Précisez : _____

Aide technique, matériel ou équipement

Précisez : _____

Aménagement du logement / Déménagement

Précisez : _____

Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : _____

Charges spécifiques / exceptionnelles

Précisez : _____

Séjour de vacances adaptées

Aide animalière

Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [][][][][][] Commune : _____

Date de naissance : [][][][][][][][][][] Lien de parenté : _____

La CAF ou la MSA le contactera directement pour effectuer sa demande d'affiliation.

Partie à compléter comme indiquée

« Séjour de vacances adaptées »

H - Demande d'Allocation aux Adultes Handicapés et de complément de ressources

 Allocation aux Adultes Handicapés - AAH

 Complément de ressources

Dans les 12 mois précédant votre demande vous avez reçu :

 Un revenu d'activité

du : au :

 Un revenu issu d'une activité en ESAT

du : au :

 Des indemnités journalières de la Sécurité sociale

du : au :

En cas de doute, précisez la nature du revenu :

I - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

 Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé - RQTH

 Prime de reclassement

 Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)

 Orientation / Reclassement :

 Formation

 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

 Milieu protégé (ESAT)

J - Demande d'orientation vers un établissement ou service médico-social pour adultes

Quelle est votre situation actuelle ? Vous bénéficiez de :

 Un accueil de jour - précisez : _____

 Un hébergement de nuit - précisez : _____

 Un hébergement permanent - précisez : _____

 Un accompagnement - précisez : _____

 Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

 Un accueil de jour (CAJ, ...)

 Un hébergement de nuit (foyer d'hébergement pour travailleur handicapé ...)

 Un hébergement permanent (maison d'accueil spécialisée, foyer de vie, foyer occupationnel, foyer d'accueil médicalisé)

 Un service d'accompagnement (service d'accompagnement à la vie sociale - SAVS, service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé - SAMSAH ...)

 Autres (accueil temporaire ...)

Date d'entrée souhaitée :

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone :

K - Procédure simplifiée

Pour ces cas là, souhaitez-vous bénéficier d'une procédure simplifiée ? Oui Non

L - Pièces à joindre à votre demande

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- Un certificat médical daté de moins de 3 mois
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et, le cas échéant, de son représentant légal
(Pièce d'identité en vigueur ou titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France)
- Une photocopie d'un justificatif de domicile (pour les adultes)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin

**Joindre les
pièces au
dossier**

Fait à : _____ Le : | | | | | | | | | |

Signature : de la personne concernée de son représentant légal

Dater et signer

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. » (Articles L 114-13, L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal - Article L 135-1 du Code de l'action sociale et des familles).

La loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 modifiée relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés s'applique aux réponses faites sur ce formulaire. Elle garantit un droit d'accès et de rectifications pour les données vous concernant auprès de la Maison départementale des personnes handicapées .

Les données issues de ce formulaire seront traitées par voie informatique et seront communicables dans le respect des textes réglementaires en vigueur.

Espace réservé

P 1 1 1 0 6 0 1

G DMDPH