

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 : Commune : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Pays : _____

Si vous résidez 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 dossier MDPH, dans quel département : _____ Précisez le n° : _____

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

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

(Sa communication vous permettra d'accéder au suivi de votre demande en ligne sur www.mdph10.fr)

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

Famille accueil : _____

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

Parent 1

Parent 2

Nom - Prénom : _____

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

N° et rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_|_|_|

Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

_____ @ _____

Précisez qui détient l'autorité parentale : Parent 1 Parent 2 Les deux Autre

Si autre, précisez le nom et les coordonnées de la personne ou de l'organisme : _____

N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : |_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

L'enfant relève-t-il d'une garde alternée ? Oui Non

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 : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_| Portable : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Adresse électronique : _____ @ _____

(Sa communication vous permettra d'accéder au suivi de la demande en ligne sur www.mdph10.fr)

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)/Pacsé(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 – Logement de la personne concernée ou de la personne ayant l'enfant à charge

Locataire, sous-locataire ou colocataire Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)

Propriétaire ou accédant à la propriété Autre, précisez : _____

A8 – Situation professionnelle *(si vous disposez d'un CV, merci de bien vouloir le joindre à votre demande)*

| | Vous ou parent 1 de l'enfant | Conjoint ou parent 2 de l'enfant |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Emploi occupé : | _____ | _____ |
| Type de contrat : | _____ | _____ |
| Date de début du contrat : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Date de fin du contrat : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| En milieu protégé ESAT, depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| En Entreprise Adaptée, depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Employeur : | _____ | _____ |
| Coordonnées (adresse et tél) : | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Exploitant agricole : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Profession indépendante : | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| Depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Précisez votre profession : | _____ | _____ |
| Précisez à quel régime vous cotisez : | _____ | _____ |
| <input type="radio"/> Stagiaire de la formation depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Organisme : | _____ | _____ |
| Coordonnées : | _____ | _____ |
| Le stage est-il rémunéré ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Inscrit(e) à Pôle Emploi depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Indemnisé(e) depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 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 : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| 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 : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| Catégorie de la pension d'invalidité (Joindre un justificatif). | <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 |
| Allocation Supplémentaire d'Invalidité ? | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non | <input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non |
| <input type="radio"/> Autre (<i>arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RSA, AAH...</i>), précisez : | _____ | _____ |
| Depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="radio"/> Congé parental d'éducation Depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |
| <input type="radio"/> Congé de présence parental Depuis le : | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ | _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ _ |

A9 – Autre situation de la personne concernée

Vous êtes bénéficiaire de l'APA ? Oui Non GIR : _____
(Joindre un justificatif de droit)

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

Nom de l'établissement : _____

Adresse de l'établissement : _____

Code postal : | | | | | | Commune : _____

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)

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 (AEEH) et ses compléments

Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé AEEH :

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

_____ Durée : _____

• Types de scolarisation ou formation : (niveau – lieu) _____

• Type de parcours de soins (nom d'établissement ou service médico-social, ou sanitaire) : _____

CAMSP CMP CMPP Hôpital de jour Prise en charge libérale

Complément AEEH :

Présence d'une personne auprès de l'enfant (joindre les justificatifs)

• Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ou avez-vous dû renoncer à votre emploi ? Oui (Précisez le temps de travail) : _____ 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 (joindre les justificatifs)

| Nature des frais | Coûts | | | Périodicité |
|------------------|-----------------------|------------------|----------------------|-------------------------------------|
| | Financeurs sollicités | Montants obtenus | Reste à votre charge | |
| | | | | semaine, mois, année, occasionnelle |
| | | | | |

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

Scolarisation actuelle

Nom de l'établissement : _____

Adresse : _____ Commune : _____

Précisez votre demande :

Scolarisation : CLIS ULIS Auxiliaire de Vie Scolaire Matériel pédagogique adapté
 Transport scolaire (hors transport vers un établissement ou service médico-social)
 Dispense enseignement Sur maintien (maintien dans un cycle au-delà de la limite d'âge)

Orientation service médico-social (SESSAD)

Orientation vers un établissement médico-social : IME ITEP Autre

Amendement CRETON

Autre demande, précisez : _____

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

Coordonnées :

E – Demande de cartes

Carte d'invalidité ou de priorité
(Joindre une photo d'identité par type de carte)

Carte européenne de stationnement

F – Demande de prestation de compensation du handicap (voir plaquette ci-jointe)

Prestation de Compensation du handicap - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé

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

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

Bénéficiez-vous de la Majoration pour Tierce Personne - MTP ? Oui Non

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

Aide humaine (ne sont pas pris en charge la préparation des repas, le recours à une aide ménagère, courses, Auxiliaire de Vie Scolaire, aide à la parentalité)
Précisez : _____

Aide technique, matériel ou équipement spécifique liés au handicap (ne sont pas pris en charge le matériel scolaire, les produits d'utilisation courante).
Précisez : _____

Aménagement du logement / Déménagement lié au handicap
Précisez : _____

Aménagement du véhicule / surcoût de transport lié au handicap (ne peut pas être pris en charge l'achat du véhicule).
Précisez : _____

Charges spécifiques / exceptionnelles liées au handicap
Précisez : _____

Aide animalière qui concourt à maintenir ou améliorer l'autonomie de la personne handicapée) ; Précisez : _____

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

Nom de l'aidant : _____

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.

H - Demande d'attribution ou de renouvellement de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH) et du complément de ressources à l'AAH

(remplir la fiche professionnelle jointe ou joindre un CV)

Depuis le 1^{er} janvier 2009, pour toute demande d'AAH, la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) examine la possibilité de vous reconnaître la qualité de travailleur handicapé

Allocation aux Adultes Handicapés - AAH

Complément de ressources à l'AAH

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 la formation professionnelle

(remplir la fiche professionnelle jointe ou joindre un CV).

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Formation/reclassement professionnelle

Orientation : 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 ?

(Si vous êtes actuellement au sein d'un établissement, merci de joindre un bilan de celui-ci).

Quelle orientation souhaitez-vous ?

Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

Service d'accompagnement médical et social d'adulte handicapé (SAMSAH)

Foyer d'hébergement pour ESAT et travailleur handicapé

Foyer de vie

Foyer d'accueil médicalisé (FAM)

Maison d'accueil spécialisé (MAS)

Famille d'accueil

Dérogation d'âge pour EHPAD

Autre – précisez _____

Date d'entrée souhaitée ? |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

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

Code postal : |_|_|_|_|_|_| Commune : _____

Téléphone : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce que la procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH).

Afin de privilégier un traitement plus rapide de vos droits, une formation restreinte de la CDAPH peut statuer en votre absence dans les cas suivants :

- le renouvellement d'un droit ou d'une prestation dont vous bénéficiez si votre handicap et/ou votre situation n'ont pas évolué de façon significative ;
- la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ;
- l'attribution de la carte d'invalidité ou de la carte portant la mention « priorité pour personne handicapée » ;
- la reconnaissance des conditions médicales nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'une personne handicapée ;
- les situations nécessitant qu'une décision soit prise en urgence.

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

L - Pièces à joindre impérativement à votre formulaire de demande, daté et signé

Pour toute demande merci de bien vouloir joindre :

- **Le certificat médical** (Cerfa 13878*01) daté de moins de 3 mois
Vérifiez que l'identité de l'enfant ou de l'adulte handicapé figure bien sur le certificat médical, ainsi que la date, le cachet et la signature du médecin.
- **Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité** (pièce d'identité, titre de séjour en cours de validité ou tout autre document d'autorisation de séjour en France, permis de conduire) de la personne concernée par la ou les demandes.
A noter : Pour les mineurs : photocopie recto verso de la pièce d'identité du mineur ou livret de famille et photocopie recto verso d'un justificatif d'identité du ou des représentant(s) légal(aux).
Pour les majeurs sous protection juridique : Une attestation de jugement en protection juridique et une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité du mandataire.
- **Une photocopie d'un justificatif de domicile** (facture récente d'eau, d'électricité, de gaz ou de téléphone, y compris de téléphone mobile, avis d'imposition, titre de propriété, quittance de loyer)

Attention, en l'absence de ces documents, votre demande ne pourra être traitée

Fait à : _____

Le : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

SIGNATURE : de la personne concernée

de son représentant légal

« 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, L114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code Pénal - Article L135-1 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.