

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 : □□□□□□□□□□ Tél. portable : □□□□□□□□□□

Adresse électronique : _____

(*) Joindre le jugement du juge pour enfant et/ou du juge des affaires familiales.

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

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 : □□□□□□□□□□ Tél. portable : □□□□□□□□□□

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 la personne ou 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 : [][][][][][][][][]
 Enfants et autres personnes vivant à votre domicile :

Nom, prénom	Date de naissance	Situation actuelle (scolaire, professionnelle...)	Lien de parenté
	[][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][]		
	[][][][][][][][][]		

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

(*) pour un enfant préciser père ou mère

	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 :	[][][][][][][][][]	[][][][][][][][][]
Modalité temps de travail :	<input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel à _____ %	<input type="radio"/> Temps plein <input type="radio"/> Temps partiel à _____ %
En milieu protégé ESAT depuis le :	[][][][][][][][][]	[][][][][][][][][]
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle :		
depuis le :	[][][][][][][][][]	[][][][][][][][][]
date de fin :	[][][][][][][][][]	[][][][][][][][][]
Nature de la formation :	_____	_____
	_____	_____
Nom et coordonnées de l'organisme de formation :	_____	_____
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non



C - Demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) et son complément

Pour toute demande, joindre les bilans des prises en charge éventuellement effectuées (médicales, psychologiques, paramédicale...), ainsi que tous justificatifs de frais (factures) et attestation de l'employeur en cas de réduction du temps de travail.

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)

1^{ère} demande renouvellement Date de fin :

Votre enfant est-il en internat ? Non Oui depuis le : Nbre de nuits par semaine : ____

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 ou service médico-social ou sanitaire...) _____

Du fait du handicap de votre enfant, exercez-vous une activité professionnelle à temps partiel ?

Mère : Non Oui depuis le Quotité de travail : ____ %

Père : Non Oui depuis le Quotité de travail : ____ %

Où avez-vous dû renoncer à votre emploi ?

Mère : Non Oui depuis le

Père : Non Oui depuis le

Si vous recourez à l'emploi rémunéré d'une tierce personne, motivé par la situation de votre enfant, veuillez préciser le nombre d'heures par mois : _____ heures (merci de joindre les bulletins de salaire ou les justificatifs URSSAF)

Frais supplémentaires liés au handicap :

Aides techniques (ex : fauteuil roulant) et aménagement du logement, frais de formation de la famille, surcoût de vacances ou loisirs, frais de rééducation non remboursés avec prescriptions médicales et bilans pour les renouvellements...
Merci de fournir les factures acquittées ou devis datés.

Nature des frais	coûts			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**IMPORTANT :** dossier à établir obligatoirement en collaboration avec l'établissement scolaire et l'enseignant référent Ecole fréquentée et/ou prévue (nom de l'école et de la commune) : _____

Nom de l'enseignant référent : _____

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Auxiliaire de vie scolaire individuelle | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Orientation scolaire (CLIS – ULIS) | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Orientation en établissement médico-social (IME, IEM, ITEP...) internat / semi internat | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Orientation en service médico-social (SESSAD, SSEFIS, SAAAIS, SESSAD professionnel) | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |

 Matériel pédagogique adapté ordinateur autre (précisez) : _____

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

Nom : _____

Code postal : Commune : _____**E - Demande de cartes****IMPORTANT :** joindre une photo d'identité par carte (agrafez celle-ci au formulaire et indiquez-y votre nom au dos)

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Carte d'invalidité | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Carte de priorité | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Carte européenne de stationnement | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |

F - Demande de prestation de compensation**IMPORTANT :** pour être éligible à la Prestation de compensation du handicap (PCH), la personne doit présenter une difficulté absolue ou deux difficultés graves pour la réalisation d'activités dans les domaines suivants : mobilité, entretien personnel, communication, tâches et exigences générales, relations avec autrui.

- | | | |
|---|--|--------------------------------------|
| <input type="radio"/> Prestation de compensation du handicap (PCH) pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C (Demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH)) | <input type="radio"/> 1 ^{ère} demande | <input type="radio"/> renouvellement |
| <input type="radio"/> Renouvellement ou révision de l'Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) | | |
| <input type="radio"/> Renouvellement ou révision de l'Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) | | |
| <input type="radio"/> Bénéficiez-vous de l'Allocation personnalisée d'autonomie (APA) ? | <input type="radio"/> Oui | <input type="radio"/> Non |



F - Demande de prestation de compensation

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

- Aide humaine : aide à la personne pour les actes essentiels de la vie quotidienne (toilette, transferts...)

IMPORTANT : les besoins pour les tâches ménagères ou domestiques ainsi que l'aide à la parentalité ne relèvent pas de la PCH.

Précisez : _____

- Aide technique (ex : fauteuil roulant, élévateur de bains...), sauf les équipements courants (ex : ordinateur)

Précisez : _____

- Aménagement du logement / déménagement lié au handicap (ex : quitter un logement inaccessible pour un logement adapté)

Précisez : _____

- Aménagement du véhicule / surcoût du transport

Précisez : _____

- Charges spécifiques / exceptionnelles (ex : surcoût de vacances, frais d'hygiène)

Précisez : _____

- Aide animalière : chien d'aveugle ou chien d'assistance agréé

Précisez : _____

IMPORTANT : joindre les devis

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.

H - Demande d'Allocation aux adultes handicapés et de complément de ressources

- Allocation aux adultes handicapés (AAH) 1^{ère} demande renouvellement

Date de fin : [][][][][][][][][]

- Complément de ressources de l'AAH 1^{ère} demande renouvellement

Date de fin : [][][][][][][][][]

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)
- Autre (à préciser dans le projet de vie, paragraphe B)
- Orientation / reclassement : Formation
 - Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)
 - Milieu protégé (ESAT) 1^{ère} demande (**IMPORTANT** : si stage, fournir les bilans)
 - renouvellement (**IMPORTANT** : joindre la synthèse de l'établissement)
 - Service maintien dans l'emploi (en cas de risque de licenciement pour inaptitude notamment)

Vous êtes en activité professionnelle :

Nom de votre employeur : _____

Domaine d'activité : _____ Poste occupé : _____

Mon poste est adapté à mon état de santé : Oui Non

IMPORTANT : joindre la fiche d'aptitude médicale du médecin du travail

Adresse de votre employeur : N° : _____ rue : _____

Code postal : Commune : _____

Téléphone de votre employeur :

Je suis accompagné(e) par le dispositif de maintien en emploi Si oui, nom du référent : _____

Vous êtes sans activité professionnelle :

Dernier emploi occupé : _____ Durée de ce dernier emploi : _____

Motif de votre départ : _____

Je suis accompagné(e) par Cap emploi Si oui, nom du référent : _____

Je suis accompagné(e) par la Mission locale Si oui, nom du référent : _____

Qualification de la personne concernée par la demande :

Quel est votre niveau d'études ? primaire secondaire supérieur

Dernière classe ou dernier établissement d'éducation spécialisée fréquenté : _____

Diplômes obtenus		Formations pré-professionnelles ou professionnelles suivies (y compris les stages) :	
Année		Année	
Année		Année	
Année		Année	

Votre parcours professionnel : fournir un curriculum vitae

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

- Orientation en service médico-social SAVS, SAMSAH
 1^{ère} demande renouvellement (**IMPORTANT** : fournir le bilan de l'établissement)
- Orientation en établissement médico-social foyer d'hébergement, foyer de vie, FAM, MAS, SAJ
 1^{ère} demande renouvellement (**IMPORTANT** : fournir le bilan de l'établissement)
- Type d'accueil souhaité : internat externat temporaire (90 jours maximum par an)
- Demande de maintien en établissement pour enfant au titre de l'amendement Creton.
 1^{ère} demande (**IMPORTANT** : fournir le justificatif de l'inscription en établissement adulte)
 renouvellement
- Autres : dérogation d'âge en établissement pour personnes âgées... 1^{ère} demande renouvellement

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

Nom : _____

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 par mesure demandée

	ENFANTS				ENFANTS OU ADULTES				ADULTES			
	AEEH	AVS	Orientations scolaires Matériel pédagogique adapté	PCH	Carte	Amendement Creton	Orientations en service médico-social	Orientations en établissement médico-social	AAH	Travail/emploi/formation	PCH	ACTP
Formulaire de demande MDPH rempli	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Certificat médical de moins de 3 mois	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Jugement de tutelle (si protection juridique)	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Justificatif d'identité ⁽¹⁾	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Justificatif de domicile ⁽¹⁾	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●	●
Photo d'identité					●							
Bilans des prises en charge (médicales, paramédicales ou psychologiques)	R	R	●	R	R	R	● ⁽²⁾	● ⁽²⁾	R			
Bilans d'évaluation et/ou de stage							● ⁽³⁾	● ⁽³⁾		● ⁽⁴⁾		
Justificatif de pension d'invalidité									R		R	
Prescription médicale particulière				R							R	
Curriculum vitae										R		
Devis ou justificatifs de prise en charge ou de frais particuliers	R			R							R	
Factures acquittées ou justificatifs de prise en charge	R	R	●	R								
Projet personnalisé de scolarisation		●	●	●			● ⁽⁵⁾	● ⁽⁵⁾				
Éléments scolaires (permettant d'évaluer l'impact du handicap sur la scolarité)	R	●										
Demande écrite de l'établissement scolaire		●	●									
Relevé d'identité bancaire (RIB)					●						●	
Dernier avis d'imposition					●						●	
Justificatif d'inscription en établissement adultes						●						
Plan d'accès à votre domicile					●						●	

● : Pièce obligatoire

R : Pièce recommandée

⁽¹⁾ Si 1^{ère} demande ou si changement⁽⁴⁾ Si renouvellement⁽²⁾ Seulement pour les enfants⁽⁵⁾ Si scolarisation⁽³⁾ Si adulte : seulement en cas de renouvellement

D'autres pièces pourront vous être demandées en cas de besoin. Vous pouvez également joindre d'autres éléments motivant la demande pour faciliter l'évaluation médico-sociale de votre dossier (renseignements sociaux ou professionnels).

Dans le cadre de l'évaluation de vos demandes, des échanges peuvent avoir lieu entre les membres de l'équipe pluridisciplinaire de la MDPH et les personnes en charge de votre suivi (profession médicale et médico-sociale).

(Article L241-10 du CASF modifié par Loi n°2011-901 du 28 juillet 2011 - art. 9)

J'accepte que les professionnels de la MDPH contactent les personnes en charge de mon suivi : Oui Non

Fait à : _____ Le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Signature
de la personne adulte concernée
ou des détenteurs de l'autorité parentale

Signature
de son représentant légal
pour les adultes (tutelles...)

NB : Merci de ne pas couper les pièces justificatives et de scotcher ou d'agrafer les photos d'identité

« 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.