



# 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 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 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 :	_____	_____

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

**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

**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	Vous	Vous
	Vous		Votre conjoint(e)	
<input type="radio"/> <b>Stagiaire</b> 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"/> <b>Non salarié(e)</b>	depuis le :		depuis le :	
y compris exploitant agricole, prof. Libérale	_____		_____	
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____		_____	
<input type="radio"/> <b>Inscrit(e) comme demandeur d'emploi</b>	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"/> <b>Retraité(e)</b>	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"/> <b>Bénéficiaire d'une pension</b>	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
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"/> <b>Autre</b>	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 : \_\_\_\_\_

## 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 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
	Financiers 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'AEEH (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 : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- 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.

**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

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 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

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, 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 1110601 G

DMDPH