

Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

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 :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Fax :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Adresse électronique :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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.

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

Formulaire complémentaire ENFANT

Nom et prénom de l'enfant _____

Date de naissance __ / __ / ____ N° de dossier MDPH _____

C – Demande d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé et son complément

Précisez votre demande

- Demande d'AEEH et son complément
 Demande de PCH - Veuillez compléter le volet F du formulaire

ETUDE DU COMPLEMENT A L'ALLOCATION D'EDUCATION DE L'ENFANT HANDICAPE (AEEH)

SI VOUS TRAVAILLEZ A TEMPS PARTIEL
EN RAISON DU HANDICAP DE VOTRE ENFANT

Vous devez nous fournir :

1. Une attestation de votre employeur mentionnant le pourcentage de votre temps travaillé (travail à 50%, travail à 80%) et la date de début de ce temps partiel.
Pour les personnes travaillant de manière irrégulière, il conviendra pour votre employeur, de totaliser le nombre d'heures effectuées au cours de la dernière année écoulée.
2. Une attestation sur l'honneur précisant que la réduction de votre activité est liée au handicap de votre enfant et que vous ne percevez pas de revenus de substitution (ASSEDIC ou indemnités journalières) pour la partie non travaillée.

SI VOUS AVEZ RENONCE A EXERCER UNE ACTIVITE PROFESSIONNELLE
EN RAISON DU HANDICAP DE VOTRE ENFANT

Vous devez nous fournir :

Une attestation sur l'honneur de renonciation au travail en raison du handicap de votre enfant et de non perception d'un revenu de substitution (ASSEDIC ou indemnités journalières).

ATTENTION

Ces justificatifs sont **indispensables** à l'étude du complément de l'AEEH.
A défaut seule l'AEEH de base sera étudiée.

Si vous sollicitez un complément pour frais, n'oubliez pas de compléter le tableau page 5 (Frais supplémentaires liés au handicap) du formulaire de demande.

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

Précisez votre demande

- CLIS (Classe d'Inclusion Scolaire)
- ULIS (Unité Localisée pour l'Insertion Scolaire)
- Classe ordinaire
- Section d'enseignement général et professionnel adapté SEGPA ou établissement régional d'enseignement adapté EREA
- AVS (Auxiliaire de vie scolaire)
- Matériel pédagogique adapté – Précisez le type _____
- Aménagement d'examen (*Ne concerne que les établissements ne relevant pas de l'Education Nationale*)
- Service médico-social (SESSAD, SAAAIS, SAFED, ...) – Précisez _____
- Etablissement médico-social (IME, IEM, ITEP, ...) – Précisez _____
- Maintien en établissement (+ de 20 ans, amendement Creton)

Quelle est la situation scolaire actuelle de votre enfant ?

Nom et adresse de l'établissement : _____

Niveau de classe : _____

Votre enfant est-il actuellement dans un établissement ou service médico-social ?

Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'établissement ou du service : _____

Date de prise en charge : _____
Type de régime (internat, semi-internat, accueil temporaire) : _____

Votre enfant bénéficie-t-il d'autres types d'accompagnement ?

Nom et adresse de ces professionnels ou établissements (CMPP, CAMPS, libéral, ...) :

Fait à _____ Le __ / __ / ____

Signature du représentant légal

Formulaire complémentaire ADULTE

Nom et prénom de l'utilisateur _____

Date de naissance __ / __ / ____ N° de dossier MDPH _____

E – Demande de cartes

RAPPEL : UNE PHOTO EST NECESSAIRE POUR CHAQUE CARTE DEMANDEE

Vous sollicitez une carte d'invalidité, vous êtes bénéficiaire :

- De l'Aide Personnalisée à l'Autonomie (APA) Oui Non
si oui, fournir une pièce justificative
 De la Majoration Tierce Personne (MTP) Oui Non
si oui, fournir une pièce justificative
 De la PCH Aide Humaine Oui Non
si oui, fournir une pièce justificative

H – Demande d'allocation aux adultes handicapés et de complément de ressources
I – Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

Quelle est votre qualification ?

Niveau d'étude : Primaire Secondaire Supérieur

Diplômes obtenus

	Année	
	Année	
	Année	

Quelles sont les formations pré-professionnelles ou professionnelles suivies (y compris les stages) ?

	Année	
	Année	
	Année	

Vous avez une activité professionnelle

Emploi occupé : _____

Employeur (adresse) : _____

Êtes-vous actuellement en arrêt de travail : Oui Non

Si oui, depuis quelle date : _____

Percevez-vous des indemnités journalières : Oui Non

Si oui, depuis quelle date : _____

Si vous percevez une Rente Accident du travail ou Maladie Professionnelle, précisez :

le taux : _____ depuis quelle date : _____

Vous êtes sans activité professionnelle

Derniers emplois occupés (Vous pouvez également transmettre un curriculum vitae)

Période de travail (du ... au ...)	Emploi occupé	Motif du départ

Vous avez un souhait de reclassement professionnel, précisez :

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

Précisez votre demande

- Foyer de vie (FV)
- Foyer d'accueil médicalisé (FAM)
- Maison d'accueil spécialisée (MAS)
- Service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)
- Service d'accompagnement médical et social d'adultes handicapés (SAMSAH)
- Foyer d'hébergement pour travailleurs handicapés
- Etablissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Vous êtes actuellement dans un établissement ou un service médico-social

Oui Non

Si oui, nom et adresse de l'établissement ou du service : _____

Date d'entrée : _____

Fait à _____ Le __ / __ / ____

Signature de la personne concernée de son représentant légal