

LE FORMULAIRE DE DEMANDE

AUPRES DE LA MDPH

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



**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 ?

- Rubrique obligatoire
- Renseignements administratifs

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

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 : _____

- Rubrique obligatoire
- Correspond au lieu de vie habituel de la personne (domicile ou établissement)

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

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 :		

- Rubrique obligatoire quand la demande concerne un enfant
- Cette rubrique se termine sur la page 2

Représentant légal (pour les adultes – le cas échéant)

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 : _____

- Rubrique obligatoire si la personne est sous tutelle ou curatelle
- Le représentant légal (tuteur ou curateur) pour les adultes sous protection juridique est désigné par le juge des tutelles.

Identification de l'organisme payeur de prestations familiales

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 : _____

- Cette information permettra d'identifier l'organisme qui versera l'AAH ou l'AEEH

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

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 :

- "Conjoint" dans la formule "si vous êtes en couple, précisez l'identité du conjoint" désigne la personne avec qui vous êtes marié ou non marié (pacs, concubinage, vie maritale)

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

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

	Vous	Votre conjoint(e)
☐ 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 :		

Espace réservé

P 1110601 G

DMDPH

- Si vous êtes salarié (y compris en apprentissage) ou stagiaire, n'oubliez pas d'indiquer le nom et l'adresse de l'employeur ou de l'organisme de formation

Situation professionnelle (suite)

Page 3/8

Nom :

Prénom :

	Vous	Votre conjoint(e)
☐ Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :		
Le stage est-il rémunéré ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ 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		
☐ Non salarié(e) depuis le :		
y compris exploitant agricole, prof. Libérale		
Précisez à quel régime vous cotisez :		
☐ Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :		
Indemnisé(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Retraité(e) depuis le :		
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Avez-vous demandé une pension de retraite ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Bénéficiaire d'une pension depuis le :		
Catégorie de la pension d'invalidité :	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3	☐ 1 ☐ 2 ☐ 3
Rente accident du travail :	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire d'Invalidité ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
☐ Autre depuis le :		
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)		
Précisez :		

- Si vous n'êtes pas salarié, indiquez quel est votre situation dans ce cadre

Autre situation de la personne concernée

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 : _____

- Coordonnées de l'établissement dans lequel la personne est prise en charge

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

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 : _____

- Indiquez si vous êtes locataire, propriétaire, hébergé ...

Le Projet de vie

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 ...

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 :

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)

- Le projet de vie est facultatif.
- Il permet à l'équipe pluridisciplinaire qui étudiera votre demande, d'avoir une vision plus complète de votre situation et de vos besoins

☐ 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 : _____

Demande concernant uniquement les enfants

C - Demande d'Allocation d'Educution 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 ...)

Type(s) 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
	Financiers sollicités	Montants Obtenus	Reste à votre charge.	Semaine, mois, année, occasionnelle
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 : _____

- Ces deux cadres permettent de demander
 - l'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé
 - la mise en place d'un parcours de scolarisation avec ou sans accompagnement par un service ou établissement médico-social

Demande de cartes

E - Demande de cartes

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

- La mention "besoin d'accompagnement" peut être portée sur la carte d'invalidité pour :

un enfant ayant droit au complément d'AEEH

un adulte bénéficiaire d'une PCH "Aide humaine" ou d'une ACTP ou d'une MTP ou d'une APA

La Prestation de Compensation

F - Demande de prestation de compensation

☐ Prestation de Compensation - PCH

Pour un enfant, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEH (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 : _____

- Cette demande permet l'examen des besoins de compensation des conséquences du handicap :

-Aides humaines

- Aides techniques

- Aménagement du logement

-Aménagement du véhicule

-Charges spécifiques ou exceptionnelles

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

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.

L'aidant familial qui peut être affilié est une personne qui s'occupe de façon permanente de la personne adulte handicapée vivant à domicile. Il doit avoir un lien de parenté avec la personne handicapée ou avec le conjoint de celle-ci (qu'ils soient mariés ou non)

Allocation Adulte Handicapé et complément de ressources

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 :

- Vous pouvez à la fois demander l'AAH et le complément de ressources.
- Les indications concernant les revenus permettent à l'organisme de prestations familiales d'étudier vos droits.

Le travail, l'emploi et l'orientation professionnelle

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)

- Cette rubrique permet la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et l'orientation professionnelle vers :
 - le marché du travail (accompagnement par Pôle Emploi et cap Emploi)
 - le milieu protégé – ESAt
 - une formation en Centre de Rééducation Professionnelle (CRP)

Orientation vers un établissement ou service médico-social

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 :

- Cette rubrique vous permet de demander une orientation vers un établissement ou un service médico-social.

Procédure simplifiée

Page 8/8

Nom :

Prénom :

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 inexacts 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

- Si vous souhaitez être reçu par la CDAPH, cochez non à la rubrique "Souhaitez vous bénéficier d'une procédure simplifiée"

Liste des documents administratifs à joindre au dossier

- Les documents suivants sont obligatoires à chaque nouvelle demande :
 - Formulaire de demande auprès de la MDPH
 - Certificat médical descriptif
 - Copie de la carte d'identité ou du livret de famille
 - Justificatif de domicile

Documents administratifs à joindre en fonction de la demande

- Certificat ophtalmologique
- Audiogramme récent fait par un ORL
- Prescription de prothèses auditives par un ORL
- C.V (si recherche d'emploi)
- Dernière fiche de visite médicale du travail (si vous êtes en cours d'emploi)
- Si vous êtes sous tutelle ou curatelle : attestation du jugement
- Déclaration de ressources ou copie de l'avis d'imposition
- Photocopie de votre carte de séjour
- Deux photos d'identité (en cas de demande de carte)
- Photocopie de la décision d'attribution de pension d'invalidité
- Photocopie de la décision d'attribution de rente d'accident du travail
- Relevé d'identité bancaire (si demande de PCH)