

# DEMANDE À LA MDPH

Article R 146-26 du code de l'action sociale et des familles

La MDPH, c'est la Maison départementale des personnes handicapées.

Elle étudie votre situation pour répondre aux besoins liés à votre handicap.

Ce formulaire se déploiera progressivement sur le territoire national entre le 1<sup>er</sup> septembre 2017 et le 1<sup>er</sup> mai 2019.

À cette date, il se substituera définitivement au formulaire Cerfa 13788\*01.



MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

## À qui s'adresse ce formulaire ?

### Ce formulaire s'adresse à la personne présentant un handicap.

Si la personne concernée a moins de 18 ans, ses parents sont invités à répondre pour elle.

Si la personne de plus de 18 ans a une mesure de protection, son tuteur répond avec elle ou son curateur l'accompagne dans sa demande.

Pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire, vous pouvez vous adresser à l'accueil de la MDPH.

**Vous allez expliquer à la MDPH votre situation, vos besoins, vos projets et vos attentes. En fonction des conditions prévues par la réglementation, vous pourrez peut-être bénéficier des droits suivants :**

Allocation d'éducation de l'enfant handicapé (AEEH) voire un de ses compléments

Renouvellement d'allocation compensatrice (ACTP ou ACFP)

Allocation aux adultes handicapés (AAH) voire un de ses compléments

Projet personnalisé de scolarisation – parcours et aides à la scolarisation

Carte mobilité inclusion (anciennes cartes d'invalidité, de priorité et de stationnement pour personnes handicapées)

Orientation professionnelle et/ou formation professionnelle

Orientation vers un établissement ou service médico-social (ESMS) enfants/adultes

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Affiliation gratuite à l'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF)

## Que dois-je remplir ?

**C'est ma première demande à la MDPH**

**Ma situation médicale, administrative, familiale ou mon projet a changé**

**Je souhaite une réévaluation de ma situation et/ou une révision de mes droits**

**Remplissez tout le formulaire pour exprimer l'ensemble de vos besoins. Vous avez aussi la possibilité de préciser les droits et prestations que vous souhaitez demander en remplissant la partie E**

**Je souhaite le renouvellement de mes droits à l'identique car j'estime que ma situation n'a pas changé**

**Remplissez les parties A et E. Vous avez aussi la possibilité de remplir tout le formulaire**

**Votre aidant familial (la personne qui s'occupe de vous au quotidien) souhaite exprimer sa situation et ses besoins**

**Votre aidant familial peut remplir la partie F**

## Vous avez déjà un dossier à la MDPH ?

Oui Dans quel département : ..... N° de dossier : .....

**A1** Identité de l'enfant ou de l'adulte concerné par la demande

Sexe :	Homme	Femme
Nom de naissance :	..... Nom d'époux/se ou d'usage : .....	
Prénoms :	..... Date de naissance : ..... / ..... / .....	
Nationalité :	Française	Espace Économique Européen ou Suisse Autre
Commune de naissance :	..... Département : .....	
Pays de naissance :	France	Autre, préciser : .....
Si vous avez résidé à l'étranger, précisez votre date d'arrivée en France : ..... / ..... / .....		
Complément d'adresse (si besoin précisez le nom de la personne qui vous héberge) : .....		
Adresse (numéro et rue) : .....		
Code postal :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Commune : ..... Pays : .....
Téléphone :	..... Adresse e-mail : .....	
<b>Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ?</b>		
	E-mail	Appel téléphonique SMS Courrier
Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez son nom : .....		
Organisme payeur de prestations familiales/RSA :	CAF	MSA Autre N° d'allocataire : .....
Organisme d'assurance maladie :	CPAM	MSA RSI Autre (préciser) : .....
Votre numéro de Sécurité Sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	
Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	

**A2** Autorité parentale, délégation d'autorité parentale ou tutelle (pour les mineurs)

Qui exerce l'autorité parentale :	<b>Parent 1 ou représentant légal 1</b>	<b>Parent 2 ou représentant légal 2</b>
Nom :	.....	.....
Prénom :	.....	.....
Date de naissance :	.....	.....
Adresse (numéro et rue) :	.....	.....
Complément d'adresse :	.....	.....
Code postal :	.....	.....
Commune :	.....	.....
Pays :	.....	.....
Téléphone :	.....	.....
Adresse e-mail :	.....	.....



En cas de séparation des parents, de délégation d'autorité parentale ou de tutelle, joindre une photocopie du jugement attestant des modalités d'exercice de l'autorité parentale

A3

Vous êtes aidé(e) dans vos démarches auprès de la MDPH  
Vous acceptez que nous contactons ces personnes afin de mieux évaluer votre situation

Un proche	Une association	Autre
-----------	-----------------	-------

Nom de l'association (si pertinent) : .....

Nom et prénom de la personne : .....

N° et rue : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Téléphone : ..... Adresse e-mail : .....

A4

Vous bénéficiez d'une mesure de protection

Représentant légal 1	Représentant légal 2 (le cas échéant)
----------------------	---------------------------------------

Type de mesure de protection (tutelle, curatelle, curatelle renforcée, habilitation familiale) : .....

Nom de l'organisme (si pertinent) : .....

Nom de la personne : .....

Date de naissance : .....

N° et rue : .....

Complément d'adresse : .....

Code postal : .....

Commune : .....

Téléphone : .....

Adresse e-mail : .....

A5

Vous pensez être dans une situation nécessitant un traitement rapide de votre demande

Merci de cocher si vous pensez être dans une des situations suivantes :

Vous n'arrivez plus à vivre chez vous ou vous risquez de ne plus arriver à vivre chez vous

Votre école ne peut plus vous accueillir ou votre école risque de ne plus pouvoir vous accueillir

Vous sortez d'hospitalisation et vous ne pouvez pas retourner chez vous ou dans votre établissement

Vous risquez rapidement de perdre votre travail

Vous venez de trouver un emploi ou vous commencez bientôt une nouvelle formation

Date d'entrée prévue : ..... / ..... / .....

Expliquer la difficulté :

.....

Vous arrivez dans moins de 2 mois à la fin de vos droits (ex : AEEH, AAH, PCH, RQTH, etc...)

Indiquez le(s) droit(s) concerné(s) et la ou les date(s) d'échéance :

.....



- Un certificat médical de moins de 6 mois prévu pour les demandes MDPH
- 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 enfants, joindre le justificatif de domicile du représentant légal ; pour les personnes hébergées par un tiers : justificatif de domicile et attestation sur l'honneur de l'hébergeant)
- Une attestation de jugement en protection juridique (le cas échéant)

J'ai rencontré des difficultés pour faire remplir mon certificat médical par le médecin. Préciser :

.....  
.....

Le : ..... / ..... / .....

Signature :

- Signature :
- De la personne concernée
  - De son représentant légal
  - Des deux parents (pour les mineurs)

**J'accepte**, que la MDPH, pour mieux connaître ma situation et mes besoins, échange avec les professionnels qui m'accompagnent, en application de l'article L241-10 du code de l'action sociale et des familles.

ou

**Je n'accepte pas** que la MDPH échange avec les professionnels qui m'accompagnent, et je m'engage à répondre à toute information complémentaire nécessaire à la MDPH.

En cochant cette case, je certifie sur l'honneur l'exactitude des informations déclarées ci-dessus.

**Je souhaite bénéficier d'une procédure simplifiée si je suis dans un des cas suivants :**

- Renouvellement d'un droit ou d'une prestation, lorsque ma situation n'a pas évolué,
- Reconnaissance des conditions nécessaires en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de l'aidant d'une personne handicapée,
- Attribution d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH),
- Situation d'urgence.

**Dans ce cas, je ne pourrai pas être reçu(e) par la CDAPH.**

**Les informations que vous donnez sont confidentielles. La loi vous donne le droit d'être reçu par la CDAPH.**

La CDAPH, c'est la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées. Créée par la loi 2005-102 du 11 février 2005, elle prend les décisions d'attribution des droits aux personnes avec un handicap sur la base de l'évaluation et des propositions de la MDPH. **Une évaluation approfondie va maintenant être réalisée par l'équipe de la MDPH, qui vous recontactera si nécessaire. Nous vous conseillons de conserver une copie de ce formulaire.**

« Quiconque donne, de mauvaise foi, des indications inexactes ou incomplètes s'expose à des sanctions pénales pouvant aller jusqu'à l'emprisonnement. »

(Article L 114-19 du Code de la sécurité sociale - Article 441-1 du Code pénal)

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 rectification 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.

Vous recevrez par courrier  
une réponse à votre  
demande dans environ



4 Mois

MDPH

Accueil physique :

Accueil téléphonique :