

B1 Votre vie quotidienne

Vous vivez : Seul(e) En couple Avec vos parents (ou l'un d'entre eux) Avec vos enfants (ou l'un d'entre eux)

Autre situation, précisez :

Où vivez-vous ?

Vous avez un logement indépendant et vous êtes : propriétaire locataire

Dans un établissement médico social ou de soin (préciser le nom, le type et le lieu)

.....

Vous êtes hébergé(e) au domicile

(pensez à indiquer son nom et son adresse dans le bloc A1) :

De vos parents (ou l'un d'entre eux)

De vos enfants (ou l'un d'entre eux)

D'un(e) ami(e)

D'un autre membre de votre famille

D'une famille d'accueil

Autre situation, précisez :

Avez-vous déjà eu ?

Un accident causé par un tiers

Un accident du travail

Un autre accident, précisez :

Suite à cet accident y a-t-il une demande d'indemnisation en cours ou ayant abouti ?

Oui

Non

Si oui, auprès de quel organisme :

Aide financière et ressources**Vous recevez les aides, ressources et/ou prestations suivantes :**

Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Revenu de solidarité active (RSA)

Allocation chômage versée par Pôle Emploi

Allocation de solidarité spécifique (ASS)

Dans les 12 mois précédant votre demande, avez-vous perçu :

Un revenu d'activité

Des indemnités journalières

Un revenu issu d'une activité en ESAT

Du : / Au :

Pension d'invalidité :

1^{re} catégorie

2^e catégorie

3^e catégorie depuis le :

..... / /

Autres pensions de ce type : (pension des deux tiers, d'incapacité, etc...)

Majoration tierce personne

Allocation supplémentaire d'invalidité

Rente d'accident ou maladie professionnelle

Prestation complémentaire de recours à tierce personne

Retraite pour inaptitude dans la fonction publique ou retraite anticipée depuis le :

..... / /

Taux d'IPP (Incapacité Permanente Partielle) :

%



- Justificatif d'attribution d'une pension d'invalidité
- Copie de la décision de rente d'accident du travail ou maladie professionnelle

Pension de retraite

Vous êtes retraité(e) depuis le :

..... / /

Vous êtes bénéficiaire de l'ASPA (Allocation de Solidarité pour les Personnes Agées)

Vous avez demandé une pension de retraite

Vous êtes bénéficiaire de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie)

Nom :

Prénom:

**Aide technique,
matériel ou
équipement**Aménagement
de logementAides techniques (préciser) :
ex : barre d'appui, déambulateur...

Autres :

Aménagement
de véhicule

Aides animalières

Aide à la personne
(avec quelqu'un
qui aide)

Votre famille

Professionnel de soins à domicile

Un accompagnement médico-social

Autres :

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.

Si vous travaillez à temps partiel, veuillez préciser la quotité : %.

Frais liés au handicap et restant à charge

Indiquez les frais non remboursés ou, le cas échéant, remboursés partiellement par votre assurance maladie ou mutuelle complémentaire.

| Frais engagés | Fréquence | Montant total | Montant remboursé | Précisions |
|---------------|-----------|---------------|-------------------|------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

B2**Vos besoins dans la vie quotidienne**

Précisez vos besoins de compensation liés à votre handicap ou à celui de votre enfant.

Plusieurs réponses sont possibles :

- Adaptez les réponses à l'âge de la personne concernée par la situation de handicap, en faisant apparaître par exemple pour les enfants les éventuelles différences avec un enfant du même âge sans handicap ;
- S'il s'agit d'un enfant, précisez seulement ses besoins, et non ceux du/des parent(s) ;
- Le besoin d'aide correspond à une aide humaine directe ou au besoin d'être stimulé, guidé, incité verbalement ou à une aide matérielle ou financière ;
- Ce document correspond à l'expression de vos besoins ressentis. Une évaluation approfondie sera ensuite réalisée par l'équipe de la MDPH qui vous rencontrera si nécessaire.

Besoin pour la vie à domicilePour régler les dépenses courantes
(loyer, énergie, habillement, alimentation...)Pour gérer son budget et répondre aux
obligations (démarches administratives
assurances, impôts...)Pour l'hygiène corporelle
(se laver, aller aux toilettes)Pour s'habiller
(mettre et ôter les vêtements, les choisir...)

Pour faire les courses

Pour préparer les repas

Pour prendre les repas

Pour faire le ménage et l'entretien des
vêtementsPour prendre soin de sa santé
(suivre un traitement, aller en consultation ...)

Autre besoin, préciser :

Besoin pour se déplacer

Pour se déplacer dans le domicile

Pour utiliser un véhicule

Pour sortir du domicile ou y entrer

Pour utiliser les transports en commun

Pour se déplacer à l'extérieur du domicile

Pour partir en vacances

Utilisez-vous les transports adaptés proposés localement pour vous déplacer ? Oui Non

Autre situation, préciser :

Besoin pour la vie sociale

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour s'occuper de sa famille

Pour avoir des activités sportives et des loisirs

Pour être accompagné(e) dans la vie citoyenne (ex : aller voter, vie associative...)

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre besoin, préciser :

B3 Les attentes pour compenser la situation de handicap

Vos souhaits (plusieurs réponses sont possibles) :

Vivre à domicile

Une aide pour se déplacer

Un accueil temporaire en établissement

Vivre en établissement

Du matériel ou équipement

Une aide animalière

Un aménagement du lieu de vie

Une aide financière pour des dépenses liées au handicap

Réaliser un bilan des capacités dans la vie quotidienne

Une aide humaine : quelqu'un qui aide

Un accompagnement pour l'adaptation / réadaptation à la vie quotidienne

Une aide financière afin d'assurer un revenu minimum (dans ce cas, compléter également la partie D)

Autre attente, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement ou un service d'accueil, d'accompagnement ou de soin qui pourrait répondre à vos attentes ? Oui Non

Si oui lequel / lesquels :

Êtes-vous en contact Oui Non

Êtes-vous en contact Oui Non

Nom :

Prénom :

