

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 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 ? _____

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 :	_____	_____

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

Votre conjoint(e)

	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 :		

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 :

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