

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 :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Le stage est-il rémunéré ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non																				
Nom de votre employeur : ou organisme de formation	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Adresse de votre employeur : N° et Rue : ou organisme de formation Complément d'adresse :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Code postal :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Commune :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Téléphone de votre employeur : ou organisme de formation	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
☐ Non salarié(e) depuis le :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
y compris exploitant agricole, prof. Libérale																						
Précisez à quel régime vous cotisez :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
☐ Inscrit(e) comme demandeur d'emploi depuis le :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Indemnisé(e) depuis le :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non																				
☐ Retraité(e) depuis le :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
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 :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
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 :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										
(Arrêt maladie, maternité, étudiant, bénéficiaire RMI, AAH ...)																						
Précisez :	<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											<table border="1"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>										

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 : _____

B - Expression des attentes et besoins de la personne concernée - (Projet de vie)

Le 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 ...

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 :

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)

This image shows a single sheet of white paper with horizontal ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are no margins or other markings on the paper.

- ☐ 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 : _____

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 . Vous pouvez exercer ce droit en vous adressant au correspondant informatique et libertés : cil@valdoise.fr

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

**Maison départementale
des personnes handicapées**

■ Nom :

■ Prénom :

**INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES
AU FORMULAIRE DE DEMANDE (S) AUPRES DE LA MDPH**

Complément Adultes :

Si votre demande concerne l'insertion professionnelle des adultes, merci de joindre votre **curriculum vitae actualisé ou de nous indiquer la dernière année scolaire ou d'études fréquentée**.

Si la MDPH vous oriente vers UNIRH 95, Pôle Emploi ou vers un Etablissement et Service d'Aide par le Travail, elle leur transmettra des informations sur les éventuelles contre-indications que vous pourriez avoir pour occuper certains emplois. Cette transmission se fera avec votre accord, aussi merci de bien vouloir nous informer par écrit d'un éventuel désaccord de votre part, dès l'envoi de votre formulaire.

Complément Enfants (moins de 20 ans):

Si la demande concerne un enfant, merci de préciser, en complément du paragraphe : "C – Demande d'Allocation d'Éducation de l'Enfant Handicapé",

- **le temps de scolarisation** par semaine et les soins éventuels, en vous aidant du tableau « emploi du temps » (au dos de cette page) et
- les éléments concernant **les soins** qu'il peut avoir, en vous aidant de la zone « commentaires ».

- **Scolarisation (voir emploi du temps au dos)**

- **Soins (voir emploi du temps au dos)**

Commentaires concernant les soins :

- **Pour la rubrique J du formulaire :**

En fonction de votre âge et de votre degré d'autonomie, vous pouvez être accueilli dans différents **types d'établissements médico-sociaux**.

Vous pouvez également bénéficier de services vous permettant de continuer à vivre en milieu ordinaire, grâce à un **accompagnement adapté**.

Emploi du temps de l'enfant (Nom prénom) - date :

	lundi	mardi	mercredi	jeudi	vendredi	samedi	dimanche
8h – 9h							
9h – 10 h							
10h – 11h							
11h – 12h							
12h – 13h							
13h – 14h							
14h – 15h							
15h – 16h							
16h – 17h							
17h – 18h							
18h – 19h							
19h – 20h							
nuit							

INFORMATIONS COMPLÉMENTAIRES 2012

MODIFICATION DU CERFA - page 7/8 – paragraphe I -

La prime de reclassement ne relève plus d'une décision de la MDPH.

Elle est maintenant gérée par l'AGEFIPH :

192 Avenue Aristide Briand 92226 Bagneux cedex

Tél. : 0 811 37 38 39

Fax : 01 46 11 01 52

qui pourra vous donner des informations sur les différents critères pour y ouvrir droit.

PIÈCES COMPLÉMENTAIRES AU CERFA

suite à la loi du 28 juillet 2011 tendant à améliorer le fonctionnement des maisons départementales des personnes handicapées et portant diverses dispositions relatives à la politique du handicap

Pour les dossiers des ENFANTS :

- Justificatif de domicile des 3 derniers mois (résidence principale) du représentant légal (père, mère, tuteur légal, autre), ou attestation d'hébergement accompagnée d'un justificatif d'identité de l'hébergeant et de ses justificatifs d'hébergement des 3 derniers mois.

Ou - Carnet de circulation justifiant le domicile des 3 derniers mois.

- En cas de divorce ou de séparation : fournir un jugement précisant la résidence habituelle de l'enfant et le nom et l'adresse de l'autorité parentale. En l'absence de jugement, fournir une attestation précisant la résidence habituelle de l'enfant.

- Si l'enfant vit avec d'autres personnes que ses parents, fournir :

- un jugement de délégation d'autorité parentale

Ou - un jugement de tutelle ou tout autre document justifiant des liens avec l'enfant.

- Pour toute demande: une photocopie lisible d'un des documents ci-dessous au nom du **représentant légal de l'enfant** :

carte nationale d'identité

Ou livret de famille

Ou passeport

Ou extrait d'acte de naissance

Ou titre de séjour.

Pour les dossiers ADULTES :

- Justificatif de domicile (résidence principale) des trois derniers mois (pour les jeunes, justificatif de domicile des 3 mois postérieurs à la majorité ou à l'émancipation)

Ou - Carnet de circulation justifiant le domicile des trois derniers mois.

- En cas d'hébergement : Attestation d'hébergement de l'hébergeant + justificatif d'identité de l'hébergeant + justificatif de domicile (résidence principale) des trois derniers mois de l'hébergeant.

- Pour les personnes handicapées admises en établissements sanitaires et sociaux, chez un particulier agréé au titre du placement familial, dans un logement appartenant à un service médico-social ou dans un appartement thérapeutique : justificatif des trois mois antérieurs à l'entrée dans la structure.

Tous les dossiers doivent être accompagnés d'un certificat médical de moins de trois mois.