

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^{er} septembre 2017 et le 1^{er} 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 : Commune : Pays :

Téléphone : Adresse e-mail :

Si besoin, comment souhaitez-vous être contacté par la MDPH ? 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 : Si c'est votre enfant qui est concerné par la demande, indiquer son numéro de sécurité sociale :

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

Qui exerce l'autorité parentale : Parent 1 ou représentant légal 1 Parent 2 ou représentant légal 2

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 :

.....

.....

Nom :

.....

Prénom :

.....

3/20



- 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 :

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 vieUne aide financière pour des
dépenses liées au handicapRéaliser un bilan des capacités
dans la vie quotidienneUne aide humaine :
quelqu'un qui aideUn accompagnement pour
l'adaptation / réadaptation à la
vie quotidienneUne 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 :

7/20

C1 Situation scolaire

Si l'enfant est actuellement scolarisé, est-ce :

En milieu ordinaire

À domicile

Avec accompagnement par un service de soin ou un établissement médico-social

En temps partagé entre l'établissement médico-social et le milieu ordinaire ou domicile

En temps partagé entre le service de soin et le milieu ordinaire

En formation supérieure

Au sein de quel(s) établissement(s) ?

.....
.....
.....
.....

Depuis le : / /

Autre, préciser :

.....

Si l'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

Si l'enfant n'est actuellement pas scolarisé :

Il est trop jeune

Il est sans solution d'accueil en établissement scolaire, universitaire ou médico-social

À partir de quand sera-t-il scolarisé ?

Préciser :

.....

.....

Autre, préciser :

.....

Si vous êtes étudiant ou en apprentissage :

Type d'études :

.....

Diplôme(s) obtenu(s) :

.....

Diplôme(s) préparé(s) :

.....

Nom de l'établissement :

.....

Rue :

.....

Ville :

.....

Depuis le : / /

.....

.....

Votre parcours étudiant ou d'apprentissage :

Année(s)	Établissement(s)

Vous disposez actuellement d'accompagnements ou de soins :

Soins hospitaliers

Soins en libéral

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'adaptations des conditions matérielles :

Aménagements et adaptations pédagogiques

Outils de communication

Matériel informatique et audiovisuel

Matériel déficience auditive

Matériel déficience visuelle

Mobilier et petits matériels

Transport

Autre, préciser :

Vous disposez actuellement d'une aide humaine aux élèves handicapés :

Si oui, préciser laquelle :

Emploi du temps actuel (accompagnement et soins, lieux...) :

	Lundi	Mardi	Mercredi	Jeudi	Vendredi	Samedi	Dimanche
Matinée							
Midi							
Après-midi							
Soirée/nuit							

C2 Les besoins dans la vie scolaire / étudiante

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 ;
- 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.

Besoins en lien avec les apprentissages

Pour lire

Pour écrire, prendre des notes

Pour calculer

Pour comprendre, suivre les consignes

Pour organiser, contrôler son travail

Pour l'utilisation du matériel

Autre, préciser :

Besoins pour communiquer

Pour s'exprimer, se faire comprendre, entendre

Pour les relations avec les autres

Pour assurer sa sécurité

Autre, préciser :

Besoins pour l'entretien personnel

Pour l'hygiène corporelle (aller aux toilettes)

Pour s'habiller
(mettre et ôter des vêtements)

Pour les repas (manger, boire)

Pour prendre soin de sa santé

Autre, préciser :

Besoins pour se déplacer

Pour se déplacer à l'intérieur des locaux

Pour se déplacer à l'extérieur des locaux

Pour utiliser les transports en commun

Autre, préciser :

Nom :

Prénom :

C3 Les attentes en matière de vie scolaire / périscolaire / étudiante

Vous souhaitez (plusieurs réponses sont possibles) :

Une adaptation de la scolarité

Une orientation scolaire différente

Une aide humaine

Une aide matérielle

Un accompagnement pour une
réadaptation / une rééducation

Une prise en charge par un
établissement sans hébergement

Une prise en charge par un
établissement avec hébergement

Autre, préciser :

Avez-vous déjà identifié un établissement scolaire,
universitaire ou médico-social qui pourrait
répondre à vos attentes ? Si oui, lequel ?

Avez-vous déjà pris contact avec cet établissement ?

Oui

Non

Pour les enfants scolarisés, les attentes sont précisées dans un document appelé le «GEVASco». Le GEVASco, c'est un guide de recueil de données que vous remplissez avec le directeur d'établissement (première demande) ou l'enseignant référent (réexamen). Vous pouvez demander au directeur de l'école les coordonnées de votre enseignant référent.



Pour les enfants scolarisés joindre impérativement le formulaire GEVASco pour toute demande de renouvellement d'aide pour la scolarisation et si possible pour toute première demande à ce propos.

Si vous n'avez pas pu prendre contact avec votre
enseignant référent, indiquez pourquoi :

Vous avez d'autres renseignements importants (situation, attentes, projets) concernant votre vie scolaire, étudiante ou apprentissage, indiquez-les ici :

D1 Votre situation

Vous avez un emploi depuis le : / /

En milieu ordinaire En entreprise adaptée
En milieu protégé (Établissements
et services d'aide par le travail – ESAT)

Votre type d'emploi :

CDI CDD Interim Contrat aidé

Votre employeur :

Nom :

Adresse :

Stagiaire de la formation professionnelle

Rémunéré : Oui Non

Préciser le nom
de l'organisme :

Travailleur indépendant. Régime :
.....

Votre emploi :

..... Temps complet
..... Temps partiel



Si temps partiel, fournir une copie du
contrat de travail

Est-il adapté à votre handicap ? Oui
..... Non, préciser :

Quelles sont les difficultés liées à votre handicap ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Vous bénéficiez ou avez bénéficié d'un accompagnement pour conserver votre emploi :

Par un service de santé au travail Par le Service d'appui au maintien dans l'emploi des travailleurs
handicapés (SAMETH)



Fiche d'aptitude ou d'inaptitude du médecin de santé au travail ou dernière fiche de visite médicale
auprès du médecin de santé au travail.

Des aménagements ont été réalisés sur votre poste de travail. Préciser lesquels :

.....
.....
.....

Vous êtes actuellement en arrêt de travail depuis le : / /

Arrêt maladie avec indemnités journalières

Arrêt suite à un accident du travail ou une
maladie professionnelle

Arrêt maladie sans indemnités journalières

Congé maternité / congé d'adoption / autres

Avez-vous rencontré un professionnel du
service social de votre caisse de retraite ? Non Oui, le / /

Avez-vous rencontré le médecin de santé au
travail en visite de pré-reprise ? Non Oui, le / /

Nom :

Prénom :

Vous êtes sans emploi depuis le : / /

Avez-vous déjà travaillé : Oui Non

Pouvez-vous indiquer pourquoi vous êtes
actuellement sans emploi :

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Votre situation :

Inscrit(e) à Pôle Emploi

En formation continue. Préciser :

.....
.....
.....

Étudiant(e) (dans ce cas compléter également
la partie C)

Depuis le : / /

Accompagnement vers l'emploi réalisé par :

Mission locale Cap emploi Pôle Emploi Un référent RSA désigné par le Conseil Départemental

Autres, préciser :

.....
.....

Bénéficiez-vous des prestations suivantes ?

Aides de l'association de gestion du fonds
pour l'insertion professionnelle des personnes
handicapées (AGEFIPH)

Aides du fonds pour l'insertion des personnes
handicapées dans la fonction publique (FIPHFP)

Bénéficiez-vous d'une reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé ou d'une orientation professionnelle
valant RQTH (orientation de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées vers un
ESAT, vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP) ? Oui Non

.....

.....

D2 Votre parcours professionnel

Merci de préciser vos expériences professionnelles, y compris les stages et structures d'insertion. Vous pouvez joindre un CV :

Année(s)	Intitulé du poste	Nom de l'entreprise	Temps plein ou partiel	Motif de fin d'activité
Exemple : 1998	Hôtesse de caisse	E Leclerc	Temps partiel	Fin du CDD
6 mois				

<p>Votre niveau de qualification :</p> <p> <input type="checkbox"/> Primaire <input type="checkbox"/> Secondaire <input type="checkbox"/> Supérieur </p> <p>Dernière classe fréquentée : <input type="text"/></p>	<p>Vos formations :</p> <p>Si vous avez suivi une (des) formation(s) professionnelle(s), précisez laquelle / lesquelles :</p> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
--	---

Diplômes obtenus :
 Merci de préciser votre / vos dernier(s) diplôme(s)

Diplôme	Année d'obtention	Domaine

Si vous avez déjà effectué un bilan (compétences, module d'orientation professionnelle - MOP, pré-orientation...), précisez l'année et l'organisme :

E1 Demandes relatives à la vie quotidienne

Les droits et les prestations délivrés par la commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées sont soumis à certaines conditions, notamment liées à l'âge :

Vous avez moins de 20 ans :

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

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

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

Vous avez plus de 20 ans :

Allocation aux adultes handicapés (AAH). Dans ce cas, compléter également la partie D.

La loi prévoit que la MDPH est obligée d'évaluer le droit à la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH) et à l'orientation professionnelle lorsqu'une demande d'AAH est formulée. (Sous certaines conditions, le droit à l'AAH peut être ouvert avant l'âge de 20 ans.)

Complément de ressources

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

Maintien en établissement ou service médico-social (ESMS) au titre de l'amendement Creton

Allocation compensatrice pour tierce personne (ACTP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Allocation compensatrice pour frais professionnels (ACFP) (en cas de renouvellement ou de révision)

Prestation de compensation du handicap (PCH)

Carte mobilité inclusion - Mention invalidité

(le cas échéant avec mention besoin d'accompagnement ou besoin d'accompagnement cécité) ou priorité

Carte mobilité inclusion - Mention Stationnement

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

E2 Demandes relatives à la vie scolaire

Parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social. Préciser éventuellement votre demande :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Demandes relatives au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle (Dans ce cas, compléter aussi la partie D)

Reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé (RQTH)

Orientation professionnelle

Centre de rééducation professionnelle (CRP), Centre de pré-orientation (CPO) ou Unité d'évaluation, de réentraînement et d'orientation sociale et socioprofessionnelle pour personnes cérébro-lésées (UEROS)

Établissement et service d'aide par le travail (ESAT)

Marché du travail Avec accompagnement par le dispositif Emploi accompagné

« Le dispositif emploi accompagné propose un accompagnement médico-social et un soutien à l'insertion professionnelle du travailleur handicapé et à son employeur. Peuvent être bénéficiaires de ce dispositif les travailleurs handicapés :

- ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- accueillis dans un établissement ou service d'aide par le travail ayant un projet d'insertion en milieu ordinaire de travail,
- déjà en emploi en milieu ordinaire de travail, rencontrant des difficultés particulières pour sécuriser leur insertion professionnelle. »

Bénéficiez vous de l'Obligation d'emploi des travailleurs handicapés (OETH) ?

Dans ce cas il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH car l'obligation d'emploi des travailleurs handicapés vaut RQTH.

Vous bénéficiez de l'OETH si vous êtes dans l'une des situations suivantes :

- Victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle ayant entraîné une incapacité permanente au moins égale à 10 % et titulaire d'une rente attribuée au titre du régime général de sécurité sociale ou de tout autre régime de protection sociale obligatoire ;
- Titulaire d'une pension d'invalidité attribuée au titre du régime général de sécurité sociale, de tout autre régime de protection sociale obligatoire ou au titre des dispositions régissant les agents publics à condition que l'invalidité des intéressés réduise au moins des deux tiers leur capacité de travail ou de gain ;
- Ancien militaire ou assimilé, titulaire d'une pension militaire d'invalidité à condition que votre invalidité ait réduit de deux tiers votre capacité de travail ou de gain ;
- Veuve ou orphelin de victime militaire de guerre ou de titulaire de pension militaire d'invalidité (sous certaines conditions) ;
- Titulaire d'une allocation ou d'une rente d'invalidité relative à la protection sociale des sapeurs-pompiers volontaires en cas d'accident survenu ou de maladie contractée en service ;
- Titulaire de la carte mobilité inclusion comportant la mention invalidité ;
- Titulaire de l'Allocation aux Adultes Handicapés (AAH).

Par ailleurs certaines orientations professionnelles valent RQTH. Ainsi, il vous est inutile d'effectuer une demande de RQTH si vous bénéficiez d'une orientation de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées vers un Établissement ou service d'aide par le travail (ESAT), vers le marché du travail ou un centre de rééducation professionnelle – CRP). »

Vous venez de formuler une demande de droits et prestations.

Conformément à la loi du 11 février 2005, l'équipe de la MDPH peut proposer à la décision de la CDAPH, sur la base de l'examen de votre situation et de l'expression de vos besoins, l'ouverture de droits complémentaires.

Ce feuillet est facultatif. Il s'adresse à l'aidant familial de la personne en situation de handicap. L'aidant familial, c'est une personne de l'entourage qui aide la personne en situation de handicap au quotidien. Si plusieurs aidants familiaux souhaitent exprimer leurs besoins, remplissez une feuille pour chacun. Vous pouvez expliquer à la MDPH l'aide que vous apportez actuellement à la personne en situation de handicap et vous pouvez exprimer vos attentes et vos besoins.

F1 Situation et besoins de l'aidant familial

Nom de l'aidant :

Prénom de l'aidant :

Date de naissance : / /

Adresse de l'aidant :

Nom de la personne aidée :

Votre lien avec la personne en situation de handicap :

Vivez-vous avec la personne en situation de handicap : Non Oui, depuis le / /

Êtes-vous actuellement en emploi : Oui Non Réduction d'activité liée à la prise en charge de la personne aidée

Nature de l'aide apportée :

- | | |
|---|--|
| Surveillance / présence responsable | Coordination des intervenants professionnels |
| Aide aux déplacements à l'intérieur du logement | Gestion administrative et juridique |
| Aide aux déplacements à l'extérieur | Gestion financière |
| Aide pour entretenir le logement et le linge | Stimulation par des activités (loisirs, sorties, etc.) |
| Aide à l'hygiène corporelle | Aide à la communication et aux relations sociales |
| Aide à la préparation des repas | Aide au suivi médical |
| Aide à la prise de repas | |

Autre, préciser :

Qui participe avec vous à l'accompagnement de la personne aidée ?

Un (des) professionnel(s) Un (ou plusieurs) autre(s) proche(s) Je suis le seul aidant du demandeur

Êtes-vous soutenu dans votre fonction d'aidant ?

Non Oui, préciser :

En cas d'empêchement, avez-vous une solution pour vous remplacer ? Oui, laquelle : Non

Vous êtes ou serez prochainement dans l'une des situations suivantes :

Éloignement géographique (déménagement...)

Problème de santé

Indisponibilité prolongée (séjour à l'étranger, hospitalisation...)

Changement majeur dans la situation professionnelle

Changement majeur dans la situation personnelle (séparation, décès du conjoint, départ en établissement de retraite...)

Difficulté à assurer l'accompagnement actuel (épuisement, avancée en âge...)

Autre, préciser :

F2 Vos attentes en tant qu'aidant familial

Pouvoir vous reposer au quotidien

Obtenir une contrepartie financière

Pouvoir vous faire remplacer en cas de besoin

Échanger avec d'autres aidants

Pouvoir vous faire remplacer en cas d'imprévu

Échanger avec les professionnels qui suivent mon proche

Pouvoir vous faire remplacer pour partir en week-end/vacances

Avoir un soutien psychologique

Reprendre/renforcer/maintenir votre activité professionnelle

Être conseillé pour mieux faire face au handicap de mon proche

Reprendre/renforcer/maintenir vos liens sociaux

Être affilié gratuitement à l'assurance vieillesse

Autre, préciser :

Avez-vous éventuellement déjà identifié un service ou une structure qui pourrait répondre à vos attentes?
Si oui, lequel / laquelle :

Vous souhaitez mieux connaître les dispositifs et aides existants :

Pour vous

Pour la personne aidée

Autres renseignements que vous souhaiteriez nous communiquer concernant votre vie d'aidant :

Signature de l'aidant :

Certificat médical

A joindre à une demande à la Maison Départementale
des Personnes Handicapées (MDPH)



cerfa
15695*01

Articles R.146-26 et D.245-25 du code de l'action sociale et des familles. Ce certificat est un document **obligatoire et essentiel** pour permettre à la MDPH d'orienter et d'attribuer allocations et prestations à la personne en situation de handicap. Il peut être téléchargé et complété sous forme papier ou rempli en ligne avant d'être imprimé.

A l'attention du médecin



Ce certificat médical, et les éventuels documents complémentaires, sont à remettre à votre patient, pour qu'il les joigne, sous pli confidentiel, à son dossier de demande à la MDPH.

- Il est destiné à l'équipe pluridisciplinaire d'évaluation de la MDPH qui a besoin de recueillir des informations sur les éléments cliniques concernant le handicap* de votre patient, en apportant un soin particulier au retentissement fonctionnel.
- Nous vous recommandons de conserver une copie du présent formulaire de certificat médical. **Les professionnels de la MDPH restent à votre disposition.**

Depuis votre précédent certificat médical :

L'état de santé (diagnostic, signes cliniques) de votre patient a-t-il changé ? Oui Non

Les retentissements fonctionnels ou relationnels dans les différents domaines de la vie de votre patient (mobilité, communication, cognition, entretien personnel, vie quotidienne et domestique, vie sociale et familiale, scolarité et emploi) ont-ils changé ? Oui Non

La prise en charge thérapeutique de votre patient (médicamenteuse, y compris ses conséquences ; médicales ou paramédicales ; appareillages) a-t-elle été modifiée ? Oui Non

* « Constitue un handicap, au sens de la présente loi, toute limitation d'activité ou restriction de participation à la vie en société subie dans son environnement par une personne en raison d'une altération substantielle, durable ou définitive d'une ou plusieurs fonctions physiques, sensorielles, mentales, cognitives ou psychiques, d'un polyhandicap ou d'un trouble de santé invalidant ».

(Article L. 144 du code de l'action sociale et des familles, introduit par la Loi n°2005-102 du 11 février 2005)

Si vous avez répondu oui à au moins une de ces trois questions veuillez remplir la totalité du certificat médical. Dans le cas contraire vous pouvez remplir le certificat médical simplifié ci-dessous :

Je soussigné Docteur
certifie qu'il n'y a aucun changement dans la situation
de M. ou Mme
depuis mon précédent certificat.

Date :

Signature :

A l'attention du patient



Merci d'aider votre médecin en remplissant les éléments ci-dessous :

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :

Adresse :

N° d'immatriculation
sécurité sociale :

N° de dossier
auprès de la MDPH :

Quels sont les principaux besoins et attentes exprimés dans votre demande à la MDPH ?

A joindre à ce document



Si des examens complémentaires, évaluations ou hospitalisations en lien avec le handicap ont été réalisés, le mentionner dans ce formulaire aux rubriques concernées, et joindre les comptes-rendus et documents les plus significatifs. Ces documents sont à joindre par le médecin et/ou le patient.

1. Pathologie motivant la demande

 Questions obligatoires

 Une pièce jointe est attendue

Pathologie motivant la demande :



Autres pathologies éventuelles :

Éléments essentiels à retenir (diagnostic, facteurs de gravité...) :

2. Histoire de la pathologie motivant la demande

Origine, circonstances d'apparition : 

- Congénitale Maladie Accident vie privée
- Accident du travail Maladie professionnelle

Date d'apparition :

- A la naissance Inférieure à un an
- Entre 1 et 5 ans Plus de 5 ans

Antécédents médicaux, chirurgicaux, périnataux en rapport avec le handicap :

Pour un enfant, indiquer la présence éventuelle d'un retard dans les acquisitions principales (développement psychomoteur, langage...) :

3. Description clinique actuelle

Poids :

Taille :

Latéralité dominante avant handicap :

Droite

Gauche

Description des signes cliniques invalidants et fréquence :

Permanents

Réguliers

> 15 j par mois

ponctuel

< 15 j par mois

<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Précisions :

Perspective d'évolution globale :

- Stabilité Incapacité fluctuante Amélioration (préciser la durée prévisible des limitations fonctionnelles)
- Aggravation Evolutivité majeure Non définie



Comptes-rendus joints. Préciser :

Par exemple, bilan des Centres de Ressources Autisme, questionnaire sur le handicap psychique, bilan UEROS, etc...

4. Déficiences sensorielles



En cas de **déficience auditive** avec un retentissement significatif, joindre le compte rendu type pour un bilan auditif rempli par un ORL (cerfa n° 15695*01)

Observations :



En cas de **déficience visuelle** avec un retentissement significatif, joindre le compte-rendu type pour un bilan ophtalmologique rempli par un ophtalmologiste (cerfa n° 15695*01)

Observations :

5. Traitements et prises en charge thérapeutiques

Contraintes et effets secondaires présents ayant un impact sur la vie quotidienne.

Précisez dans chaque cas la fréquence et la durée :

Classes thérapeutiques ou nom des médicaments :

Effets secondaires du traitement :

Autres contraintes si connues (modalités d'administration, nécessité de déplacement, recours à une tierce personne, répercussions sur la vie sociale, familiale et/ou professionnelle...) :

Régime alimentaire :

Autre prise en charge concernant les soins :

- Hospitalisations itératives ou programmées Soins ou traitements nocturnes (si oui, préciser)
- Suivi médical spécialisé Autres

Fréquence

Précisions :

Prise en charge sanitaire régulière**Fréquence****Suivis pluridisciplinaires :****Modalité de suivi** Ergothérapeute Infirmière Kinésithérapeute Orthophoniste Orthoptiste Psychologue Psychomotricien Autre

 CMPP (Centre Médico Psycho-Pédagogique) CMP (Centre Médico Psychologique) CATTP (Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel) Hôpital de jour Autre

Projet thérapeutique :**Type d'appareillage :**

Corrections auditives :

 Unilatérale Bilatérale Appareillage Implant

Aide à mobilité

 Déambulateur Canne Orthèse, prothèse (préciser) Fauteuil roulant électrique Fauteuil roulant manuel Autre préciser (Ex : Scooter, ...):

Appareillage visuel :

 Télé-agrandisseur Terminal-braille Logiciel de basse vision Loupe Logiciel de synthèse vocaleAlimentation /
Élimination : Gastro ou jéjunostomie d'alimentation Stomie digestive d'élimination Sonde urinaire Stomie urinaire

Aides respiratoires :

 Trachéotomie O2 Appareil de ventilation (préciser)

Aide à la parole

 Prothèse phonatoire

Autre appareillage :

Précisions (type, adaptation, circonstances d'utilisation, autonomie de la personne à l'utiliser, compliance) :

6. Retentissement fonctionnel et/ou relationnel

Déplacement : périmètre de marche

Modalités d'utilisation des aides techniques			Fréquence d'utilisation
Cannes	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Déambulateur	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant manuel	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Fauteuil roulant électrique	<input type="checkbox"/> En intérieur	<input type="checkbox"/> En extérieur	
Ralentissement moteur : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			Besoin de pauses : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Besoin d'accompagnement pour les déplacements extérieurs : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			

Les rubriques qui suivent sont à compléter en fonction de ce que vous savez ou percevez de la situation de la personne et, **pour les enfants, par comparaison avec une personne du même âge.**

Aidez-vous de la grille d'appréciation suivante :

A	B	C	D	NSP
Réalisé sans difficulté et sans aucune aide	Réalisé avec difficulté mais sans aide humaine	Réalisé avec aide humaine : directe ou stimulation	Non réalisé	Ne se prononce pas

Mobilité, manipulation / Capacité motrice

A B C D NSP

Maintien postural, déplacement, manipulation, préhension, contrôle de l'environnement

Marcher :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'intérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Se déplacer à l'extérieur :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Préhension main non dominante :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Motricité fine :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Précisions :

Communication

A B C D NSP

Communiquer avec les autres (s'exprimer, se faire comprendre...) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser le téléphone :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Utiliser les autres appareils et techniques de communication (téléalarme, ordinateur...)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Nécessité d'un recours à une aide humaine (interprète, interface ou codeur LPC, etc.) avec appareillage	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

Précisions :



Cognition / Capacité cognitive

A B C D NSP

Attention, mémoire, apprentissage, praxie, raisonnement, orientation dans le temps ou l'espace...

Orientation dans le temps :

Orientation dans l'espace :

Gestion de la sécurité personnelle :

Maîtrise du comportement :

Précisions. Indiquer les autres atteintes sur le plan cognitif :

[Large empty box for cognitive details]

Conduite émotionnelle et comportementale (Ex : relation avec autrui dans la conduite émotionnelle et comportementale) :

[Large empty box for emotional and behavioral details]

Retentissement sur la vie relationnelle, sociale et familiale (insuffisante gestion des situations à risque, mise en danger...) :

Oui Non NSP

La personne sait-elle :

Lire Ecrire Calculer NSP

Entretien personnel

A B C D NSP

Toilette, habillage, continence, alimentation...

Faire sa toilette :

S'habiller, se déshabiller :

Manger et boire des aliments préparés

Couper ses aliments :

Assurer l'hygiène de l'élimination urinaire :

Assurer l'hygiène de l'élimination fécale :

Précisions (si incontinence, si supervision ou stimulation nécessaire...) :

[Large empty box for personal care details]

Vie quotidienne et vie domestique

A B C D NSP

Travaux ménagers, courses, préparer un repas, gérer un budget, faire des démarches...
NB : à compléter par comparaison avec une personne du même âge

Prendre son traitement médical :

Gérer son suivi des soins :

Faire les courses :

Préparer un repas :

Assurer les tâches ménagères :

Faire des démarches administratives :

Gérer son budget :

Autre (préciser) :

Précisions :

Retentissement sur vie sociale et familiale :

Situation familiale : Vie familiale Isolement Rupture Autre (préciser)

Présence d'un aidant familial : Oui Non

Quel est le lien de l'aidant avec la personne en situation de handicap ?

Quel type d'intervention ?

Précisions :

Retentissement sur la scolarité et les études supérieures :

Retentissement sur l'emploi :



Avis du médecin du travail joint (si disponible)

Si travaille actuellement, retentissement sur l'aptitude au poste et/ou le maintien dans l'emploi : Oui Non NSP

Si oui, préciser :

Si ne travaille pas actuellement, retentissement sur la recherche d'emploi ou le suivi de formation : Oui Non NSP

Si oui, préciser :






7. Remarques ou observations complémentaires si besoin

8. Coordonnées et signature


Docteur :	<input type="text"/>	Médecin traitant :	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Identifiant RPPS :	<input type="text"/>	Identifiant ADELI :	<input type="text"/>	
Adresse postale :	<input type="text"/>			
Téléphone :	<input type="text"/>	Email :	<input type="text"/>	
<hr/>				
Document rédigé à la demande du patient et remis en main propre le :	<input type="text"/>			
Fait à :	<input type="text"/>			
Signature du médecin	Signature du patient (non obligatoire)			
<input type="text"/>	<input type="text"/>			

Pièces obligatoires à fournir pour toute(s) demande(s)





Un dossier complet permet d'évaluer vos besoins plus facilement. Il faut transmettre tous les documents qui vous semblent importants pour que nous puissions prendre les décisions adaptées.

<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le formulaire de demande MDPH (Cerfa N°15692*01)</u>, complété, daté et signé.
<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • <u>Le certificat médical de la MDPH (original, Cerfa N°15695*01)</u>, complété par un médecin, signé et daté de moins d'un 1 an lors du dépôt de la demande. Vous pouvez joindre toute copie de document médical complémentaire comme des rendus d'examens, sauf les radiographies, échographie, IRM...
<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>La photocopie d'un justificatif d'identité de la personne concernée par la demande :</u> <p>Pour les majeurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Photocopie lisible recto et verso de la carte d'identité, ou du passeport pour les français et pour les ressortissants de l'espace économique européen. ✓ Photocopie lisible recto et verso du titre de séjour en cours de validité pour les ressortissants hors communauté européenne. <p>Pour les mineurs :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Justificatifs d'identité des parents et justificatif d'identité du mineur ou copie du livret de famille, ou extrait de l'acte de naissance. ✓ Pour les mineurs hors union européenne, un titre de séjour en cours de validité des parents.
<input checked="" type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>La photocopie d'un justificatif de domicile de moins de 3 mois :</u> quittance de loyer, facture d'électricité, de gaz, de téléphone... avis d'imposition, attestation d'assurance habitation, relevé de la CAF. <p>Situations particulières :</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Pour les personnes hébergées : un justificatif de domicile + une attestation sur l'honneur de la personne qui héberge avec la date d'entrée dans le domicile. Fournir aussi la pièce d'identité de la personne qui héberge. ✓ Mentionnant la date d'entrée dans le domicile et le titre d'identité de l'hébergeant. ✓ Pour les personnes sans résidence stable : une attestation de domiciliation ou d'élection de domicile auprès d'un organisme agréé. ✓ Pour les personnes en établissement : une attestation de l'établissement avec la date d'admission + les justificatifs des 3 derniers mois avant l'admission dans l'établissement.
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Pour les majeurs</u> bénéficiant d'une mesure de protection juridique, fournir la photocopie du jugement de sauvegarde de justice, de curatelle, de tutelle, d'habilitation familiale. ✓ <u>Pour les mineurs</u> la photocopie du jugement de l'autorité parentale.

Pièces spécifiques : à fournir selon les demandes formulées

<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>En cas de déficience visuelle</u>, joindre le volet 2 (ophtalmologique) avec le champ visuel. <u>Ce document est à demander à la MDPH.</u> ✓ <u>En cas de déficience auditive :</u> ✓ Joindre un audiogramme <u>de moins de 6 mois</u> réalisé par votre ORL si vous avez plus de 60 ans et êtes retraité, joindre un audiogramme d'avant vos 60 ans.
--------------------------	---	--

Pièces demandées pour la PCH (Prestation de Compensation du Handicap)

<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> • Document justifiant de votre situation au regard de l'emploi (fiche de paie, demandeur d'emploi, stagiaire, retraité...).
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Devis de moins de 6 mois de l'aide demandée</u> (aides techniques, frais de transport, aménagement du logement...). Lors de l'évaluation un devis actualisé pourra être demandé.
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Pour une demande de PCH handicap sensoriel :</u> <ul style="list-style-type: none"> ○ <u>Handicap auditif :</u> ✓ Devis normalisé <u>de moins de 6 mois</u> de votre demande de prothèses auditives et/ou du matériel spécifique que vous souhaitez acquérir ou facture de moins de 6 mois si déjà achetées. ✓ Attestation en cours de validité de vos droits à la sécurité sociale ou attestation CSS (complémentaire santé solidaire) ✓ Ordonnance de l'ORL de moins d'un an de vos appareils auditifs. ○ <u>Handicap visuel :</u> ✓ Devis normalisé <u>de moins de 6 mois</u> ou facture des aides techniques adaptées que vous souhaitez acquérir ou facture de moins de 6 mois si déjà achetées.
<input type="checkbox"/>		<ul style="list-style-type: none"> ✓ <u>Pour une demande d'aménagement du poste de conduite du véhicule :</u> ✓ Photocopie recto / verso du permis de conduire aménagé du demandeur.

Pour toutes précisions supplémentaires ou compléments d'information, vous pouvez contacter directement la MDPH de Paris

Le formulaire de demande(s) est constitué de **6 parties détachables** (A, B, C, D, E et F). **Vous ne devez adresser à la MDPH que les parties qui ont été renseignées.** Les parties non remplies sont à jeter. Ce mémo vous aide à **cibler les rubriques qui vous concernent** dans le formulaire. **Nous vous invitons à remplir au moins 2 parties** de ce formulaire : la partie A obligatoirement et au moins une autre partie (en priorité la partie E).

Partie A : « Votre identité » (Pages 1 à 4)

A remplir obligatoirement

Cette partie vous permet d'indiquer :

- ✓ Si vous avez déjà un dossier à la MDPH de Paris ou dans un autre département
- ✓ Votre identité, votre domiciliation
- ✓ Pour les enfants, quelles sont les personnes qui assurent l'autorité parentale
- ✓ Pour les adultes, si une mesure de protection (tutelle, curatelle, habilitation familiale) est en cours

Nous vous invitons fortement à renseigner une adresse mail.



Attention, ne pas oublier de dater et signer le formulaire en page 4.

Partie B : « Votre vie quotidienne » (Pages 5 à 8)

A remplir pour toute première demande et recommandé pour les renouvellements

Cette partie vous permet de communiquer aux professionnels de la MDPH vos attentes et vos besoins afin qu'ils soient pris en compte lors de l'évaluation de votre situation. Cependant chaque attente cochée ne donnera pas forcément lieu à une ouverture de droits.

Si vous souhaitez demander la Prestation de Compensation du Handicap (PCH), nous vous conseillons de cocher « Prestation de Compensation du Handicap » dans la partie E1 (page 17).

Nous vous invitons également à préciser vos besoins en complétant l'une des cases suivantes dans la partie B3 – « Les attentes pour compenser la situation de handicap » (page 7) :

- Besoin d'une aide pour vous déplacer
- Besoin d'un matériel ou d'un équipement
- Besoin d'une aide animalière
- Besoin d'un aménagement du lieu de vie
- Besoin d'une aide humaine

Partie C : « Vie scolaire ou étudiante » (Pages 9 à 12)

A remplir pour toute prise en charge scolaire ou médico-sociale (enfant)

Pour toute demande concernant la scolarité, nous vous invitons à contacter l'enseignant référent handicap de l'établissement scolaire (*) ou la mission handicap de l'université.

Pour information, la MDPH n'est pas compétente pour les demandes d'aménagements des conditions d'examens. Il convient de vous adresser au rectorat ou à l'organisme en charge de l'organisation de l'examen.

() Pour les établissements publics ou privés sous contrat uniquement*

Partie D : « Votre situation professionnelle » (page 13 à 16)

A remplir pour toute demande d'Allocation Adulte Handicapé (AAH) et d'insertion professionnelle

Partie E : « Expression des demandes de droits et prestations » (pages 17 à 18)


Cette partie vous permet de cocher directement les aides que vous souhaitez demander.

Quelques soient vos attentes et besoins, nous vous recommandons de cocher des demandes dans cette partie.


Si nécessaire, notre accueil peut vous informer et vous accompagner pour remplir cette partie.

Toutes les informations sur les prestations délivrées par la MDPH sont disponibles sur notre site internet : <https://handicap.paris.fr/la-mdph/nos-prestations/>.

Les pièces à joindre **obligatoirement à votre demande :**

- ✓ **Le formulaire de demande(s) MDPH – uniquement les parties complétées**
- ✓ **Le certificat médical de la MDPH daté de moins de 1 an** (rempli par un médecin généraliste ou spécialiste). Le document doit être signé, ou à minima le numéro d'identification du médecin renseigné. 
- ✓ **La copie recto verso d'un justificatif d'identité** de la personne concernée et de son représentant légal (et une attestation de jugement en cas de protection juridique).
- ✓ **La copie d'un justificatif de domicile daté de moins de 3 mois**

A joindre le cas échéant :

- ✓ Les derniers bilans et comptes rendus de **consultations spécialisées et d'hospitalisation**
- ✓ Pour les personnes déjà accueillies en établissement, **le formulaire DUO** à retirer auprès de l'établissement concerné.
- ✓ Pour les enfants nous vous invitons à joindre **le GEVASCO** (Guide d'ÉVALuation de la SCOLarité) s'il a déjà été réalisé
- ✓ **Dans les parties** du formulaire vous concernant, tout document mentionné par un trombone 

A noter : Pour les demandes de carte(s), ne pas joindre de photos