



Formulaire de demande(s) auprès de la MDPH

A1 - 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 Européen ou Suisse Autre

Date de naissance :

Lieu de naissance : Code postal :

Commune :

Pays :

Si vous résidez 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 - Domicile actuel de l'adulte ou de l'enfant concerné par la demande (avant entrée en établissement si vous êtes hébergé)

N° : Rue :

Complément d'adresse :

Code postal : Commune :

Téléphone : Portable :

Adresse électronique :

Si vous avez élu domicile auprès d'un organisme (association, centre d'hébergement ou d'action sociale), précisez lequel :

A3 - Adresse de l'établissement où l'adulte, ou l'enfant, est hébergé

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 :

Date d'entrée dans la structure d'accueil :

A4 - Autorité parentale ou délégation d'autorité parentale (pour les mineurs)

	Mère	Père
Nom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prénom :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de naissance :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
N° et Rue :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Complément d'adresse :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Code postal :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Commune :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Téléphone :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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 :

A5 - 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 :

A6 - 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 :

A7 - 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 :

A8 - 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) Nombre d'enfants à charge :

Depuis le :

Si vous êtes en couple, l'identité de votre conjoint(e) : Nom de naissance : _____
 Prénom(s) : _____ Date de naissance :

A 9 - Situation professionnelle de l'adulte concerné ou des parents ayant la charge de l'enfant

	Vous (ou mère)	Votre conjoint(e) (ou père)
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du dernier contrat :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Date de fin du contrat pour un CDD :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Temps de travail :		
<input type="radio"/> 100%		
<input type="radio"/> Temps partiel : Taux <input type="text"/> à compter de :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Le stage est-il rémunéré ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> 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	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Artisan / Auto entrepreneur depuis le : (y compris exploitant agricole, profession libérale)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Précisez à quel régime vous cotisez :	_____	_____
<input type="radio"/> Inscrit(e) comme demandeur d'emploi :		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indemnisé(e) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Recevez-vous l'Allocation Solidarité Spécifique ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Retraité(e) depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Retraite anticipée	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation Supplémentaire Personne Agée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Avez-vous demandé une pension de retraite?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Bénéficiaire d'une pension depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Catégorie de la pension d'invalidité :	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 <input type="radio"/> 3
Rente accident du travail :	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
Recevez-vous l'Allocation supplémentaire d'Invalidité ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Autre		
Précisez :	<input type="radio"/> AAH <input type="radio"/> RSA	<input type="radio"/> AAH <input type="radio"/> RSA
	<input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> Arrêt maladie	<input type="radio"/> Etudiant <input type="radio"/> Arrêt maladie
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

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

Ce 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)

- Je souhaite être aidé(e) par Parcours Handicap 13 pour exprimer mes attentes et mes besoins. Avant de déposer le formulaire à la MDPH, contactez interparcours par téléphone :
 N° vert : 0800 400 413 , du mardi au jeudi de 9h30 à 12h30
 Par email : projetdevie13@parcours-handicap13.fr
- Je ne souhaite pas m'exprimer

Vous pouvez préciser le nom , les coordonnées et la fonction de la personne qui vous a éventuellement accompagné(e) dans cette formulation : _____



C - Demande d'Allocation d'Education de l'Enfant Handicapé et son complément

Votre enfant est-il en internat ? Oui Non Depuis le :

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Types d'accueil (crèche, assistante maternelle, garde d'enfant à domicile, halte-garderie ...)

Types de scolarisation, de formation et de soins (école, collège, lycée, enseignement supérieur, établissement et service médico-social ou sanitaire ...) _____

Indiquer le temps passé par semaine à l'extérieur du domicile familial _____

Nom de l'établissement et adresse : _____

Si votre 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

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

Frais supplémentaires liés au handicap

Aides techniques, appareillages, frais de garde, frais de transport, frais médicaux ou para-médicaux divers (non remboursés ou partiellement remboursés par votre assurance maladie et/ou vos mutuelles complémentaires, couches, alèses et autres).

NATURE DES FRAIS	COUTS			PERIODICITE
	Financiers Sollicités	Montants obtenus	Reste à votre charge	
				Semaine , mois, année occasionnelle
TOTAL				

D - Demande relative à un parcours de scolarisation et/ou de formation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social

Cette demande sera systématiquement évaluée avec vous et au regard de vos attentes et besoins exprimés au paragraphe B.

Préciser éventuellement votre demande d'aide à la scolarisation avec ou sans accompagnement par un établissement ou service médico-social.

Etablissement scolaire fréquenté :

Nom : _____

Code postal :

--	--	--	--	--

 Commune : _____

Nom du référent de scolarité rencontré : _____

D1 - Demande de maintien au titre de l'amendement CRETON

E - Demande de cartes

- Carte de mobilité inclusion - invalidité ou de priorité (CMI-I ou CMI-P)
 Carte de mobilité inclusion - invalidité avec mention besoin d'accompagnement ou avec mention cécité
 Carte de mobilité inclusion – stationnement (CMI-S)
 Etes-vous titulaire de l'APA ou de la MTP si oui, joindre la copie de la dernière décision

F - Demande de Prestation de Compensation du Handicap (Enfants et Adultes)

- 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 (A.P.A.) ? oui non
 Bénéficiez-vous de la Majoration Tierce Personne (M.T.P.) ? oui non
 ou de la prestation compensatrice pour recours tierce personne

Pour votre demande de PCH, pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- F1 - Aide humaine**
 Précisez : _____

- F2 - Aide technique, matériel ou équipement**
 Précisez : _____

- F3 - Aménagement du logement / Déménagement**
 Précisez : _____

- F3 - Aménagement du véhicule**
 Précisez : _____

- F3 - Surcoût du transport (hors transport scolaire)**
 Précisez : _____

- F4 – charges spécifiques / Exceptionnelles**
 Précisez : _____

- F5 - Aide animalière**
 Précisez : _____

G - Affiliation gratuite d'un aidant familial à l'assurance vieillesse

Nom de l'aidant familial : _____

Adresse : N° : _____ Rue : _____

Complément d'adresse : _____

Code postal : [] [] [] [] [] [] Commune : _____

Date de naissance : [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] Liens de parenté : _____

La CAF ou le 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 : _____

I1 - Demande relative au travail, à l'emploi et à l'orientation professionnelle

 Reconnaissance de la Qualité de Travailleur Handicapé – RQTH

 Orientation / Reclassement :

 Formation

 Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

 Milieu protégé (ESAT) avec Foyer d'Hébergement

 Milieu protégé (ESAT) sans Foyer d'Hébergement

 Milieu protégé (ESAT) sans SAVS rattaché

I2 - Bilan de scolarisation et / ou de formation initiale

à compléter obligatoirement pour les demandes AAH, RTH et ORP

 Jamais scolarisé Scolarisé en IMP, IMPRO Ecole élémentaire Collège Lycée

 Technique ou professionnel court (CAP, BEP, ou équivalent), préciser : _____

 Technique ou professionnel long (brevet technicien, bac pro...), préciser : _____

 Université ou études supérieures (y compris technicien supérieur), préciser : _____

Eventuelles précisions en clair : _____

PARCOURS DE FORMATION PROFESSIONNELLE ET / OU STAGES :

EMPLOIS ANTERIEURS (ENUMEREZ AVEC LES DATES) OU JOINDRE UN CV

 VOUS N'AVEZ JAMAIS TRAVAILLE

I3 - Parcours professionnel **à compléter obligatoirement pour les demandes AAH, RQTH et ORP**

Situation par rapport au travail

 Sans activité professionnelle à ce jour

Ensemble carrière professionnelle

Durée totale d'activité : _____ Durée totale d'inactivité : _____

Date de fin d'activité : _____

 Motif de l'arrêt : ARRET MALADIE CONGE MATERNITE AUTRE CONGE AUTRE CAUSE

Préciser : _____

 Si chômage : Inscrit au PÔLE EMPLOI : si oui n° d'inscription : _____

 Suivi par CAP EMPLOI si oui, nom du référent _____

 Suivi par la MISSION LOCALE si oui, nom du référent _____

I3- Parcours professionnel (suite) à compléter obligatoirement pour les demandes AAH, RTH et ORP En activité professionnelle à ce jour**Activité professionnelle (actuelle)** Temps plein Temps partiel (préciser) _____

- Salarié secteur privé
 Salarié entreprise adaptée
 Salarié secteur public
 Travailleur indépendant
 ESAT (ex CAT)
 Interruption maladie, depuis le : _____
 autre, préciser _____ depuis le : _____

Type de contrat (emploi actuel ou dernier emploi)

Nature du contrat de travail:

- Apprentissage Stagiaire CDD CDI Intérim Autre Non précisé
 Contrat de travail aidé (préciser) _____
 Nombre d'heure par semaine : _____

Catégorie professionnelle

- Exploitant agricole Artisan, chef d'entreprise Cadre Profession intermédiaire
 Employé Ouvrier Retraité Sans activité
 Autres préciser _____

Employeur (actuel)

début | | | | | | | | | | | | | | | |

Poste de travail (caractéristique de ce poste, ancienneté)**Aménagement de poste déjà réalisé :** oui non non précisé

Date du dernier avis du médecin du travail : | | | | | | | | | | | | | | | | Apte Restriction d'aptitude Inapte

Préciser en clair: _____

Perspective (si inapte ou restriction d'aptitude)

- Reclassement interne Aménagement des conditions de travail
 Licenciement envisagé Autre

Intervention de la cellule de maintien dans l'emploi : oui non A prévoir Sans objet

Si oui, nom du référent professionnel : _____

I4- Projet professionnel, motivation

- Souhait d'une activité professionnelle, mais absence de projet
 Projet professionnel

Préciser : _____

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 social – précisez : _____
 Autres (accueils temporaires ...) - précisez : _____
 Un accompagnement par un service de soins – précisez : _____

Quelle orientation souhaitez-vous ?

- Un accueil de jour (CAJ, ...)
 Un hébergement permanent :
 - maison d'accueil spécialisée
 - foyer de vie ou 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 : _____

K - Procédure simplifiée

Qu'est-ce qu'une procédure simplifiée ?

Toute demande fera l'objet d'une décision de la Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées (CDAPH) il ne s'agit pas de visite médicale, ni sociale mais d'une instance de décision.

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 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 nécessaire en vue de l'affiliation gratuite à l'assurance vieillesse de la tierce personne d'un 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

Dans tous les cas, souhaitez-vous être reçu par la CDAPH ? oui non

La CDA est une commission de décision qui se réunit à MARSEILLE.[ce n'est ni une visite médicale, ni une visite sociale.]

L - Pièces à joindre à votre demande

- Un certificat médical CERFA joint daté de moins de 6 mois signé par un médecin .
- Une photocopie recto verso d'un justificatif d'identité de la personne handicapée et le cas échéant Echéant, 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 au nom du demandeur ou de l'hébergeant et une attestation d'hébergement (de l'hébergeant)
- la photocopie du jugement de protection juridique :curatelle, curatelle renforcée et tutelle (le cas échéant)
- Pour toutes les demandes de cartes de mobilité inclusion** : Si vous êtes bénéficiaires de l'APA ou de la MTP, joindre une copie de la dernière décision.
- Pour toutes les demandes d'AEEH**, fournir les justificatifs suivants :
 - Contrat de travail, fiche de paye, déclaration URSSAF...
 - Justificatifs pour tous frais supplémentaires (*prescriptions médicales, devis ou Factures*)
- Pour les premières demandes d'orientation professionnelle, fournir un curriculum vitae**
- Pour les demandes de PCH concernant les Aides Techniques , Aménagement du logement ou du véhicule** , fournir :
 - Des copies des devis des travaux à réaliser, ou devis des matériels spécifiques
- Pour les demandes de PCH concernant le surcoût Transport et frais spécifiques et exceptionnels** , fournir : - les devis
- Pour toutes demandes de PCH et si vous êtes hébergé dans un établissement médico-social fournir** :
 - une attestation signée par l'établissement pour le nombre de jours présents

D'autres pièces vous seront demandées en cas de besoin.

Déclaration sur l'honneur pour les demandeurs de la PCH :

Le signataire certifie sur l'honneur que les informations fournies sont exactes et s'engage à signaler toutes modifications de situation qui pourraient intervenir . Il s'engage à percevoir la prestation de compensation du handicap au titre de l'aide humaine sous forme de Chèque Emploi Service Universel (CESU)

J'autorise l'équipe de la MDPH à recueillir toutes les informations nécessaires aux traitements de mes demandes auprès des professionnels extérieurs (bilans sociaux, médicaux, psychologiques)

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.