



Formulaire de demande de compensation du handicap auprès de la MDPH

A - Identification de la personne (enfant ou adulte) concernée 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 de la personne concernée : _____

N° de sécurité sociale de l'assuré(e) (si différent) : _____

Nom et adresse de l'organisme de sécurité sociale : _____

Si vous avez déjà un dossier MDPH en Seine et Marne ou dans un autre département, précisez :

Le n° : _____ Dans quel département ? _____

A2 - Adresse de résidence de la personne concernée par la demande

N° : _____ Rue : _____

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 - Détenteurs de l'autorité parentale pour les mineurs (Si délégation d'autorité parentale, voir rubrique suivante)

	Mère	Père
Nom :	_____	_____
Prénom :	_____	_____
N° et Rue :	_____	_____
Complément d'adresse :	_____	_____
Code postal :	_____	_____
Commune :	_____	_____
Téléphone :	_____	_____
Adresse électronique :	_____	_____
L'enfant relève-t-il d'une garde alternée ?	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	

Délégation d'Autorité parentale :

Coordonnées de la personne ou de l'organisme qui exerce l'autorité parentale:

Nom :

N° : _____ Rue : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Fax : _____

Adresse électronique : _____

A4 - Représentant légal pour les adultes – (le cas échéant fournir le jugement)

Tutelle Curatelle simple Curatelle renforcée Sauvegarde de justice

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) Pacsé(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

	Vous	Votre conjoint(e) <small>(à remplir pour une demande d'AAH, de PCH et d'AEEH)</small>
<input type="radio"/> Salarié(e) y compris apprentissage depuis le :	[][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][]
Type de contrat :	_____	_____
Date de début du contrat :	[][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][]
Date de fin du contrat :	[][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][]
Motif de la fin de contrat (Licenciement économique, inaptitude, démission...):	_____	_____
En milieu protégé ESAT depuis le :	[][][][][][][][][][]	[][][][][][][][][][]

	Vous	Votre conjoint(e) <small>(à remplir pour une demande d'AAH, de PCH et d'AEEH)</small>
<input type="radio"/> Stagiaire de la formation professionnelle		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Durée du stage :		
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 :		
<small>ou organisme de formation</small>		
Adresse de votre employeur :	N° et Rue :	
<small>ou organisme de formation</small>	Complément d'adresse :	
	Code postal :	
	Commune :	
Téléphone de votre employeur :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>ou organisme de formation</small>		
<input type="radio"/> Non salarié(e)		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<small>y compris exploitant agricole, prof. Libérale</small>		
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"/>
Recevez-vous l'Allocation de solidarité aux Personnes Agées ?	<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"/>
- 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
- Allocation supplémentaire d'Invalidité	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non	<input type="radio"/> Oui <input type="radio"/> Non
<input type="radio"/> Congé parental d'éducation		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indiquer le temps de travail :		
<input type="radio"/> Congés de présence parentale		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Indiquer le temps de travail :		
<input type="radio"/> Arrêt maladie		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="radio"/> Bénéficiaire du RSA		
depuis le :	<input type="text"/>	<input type="text"/>

A8 - Autre situation de la personne concernée

- Vous êtes hébergé(e) ou accueilli(e) en établissement social ou médico-social
- Vous êtes hospitalisé(e)
- Autres cas (famille d'accueil, tiers...) précisez : _____

Nom : _____
 Adresse : 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 colocataire
 - Hébergé(e) chez un particulier (famille, ami...)
 - Propriétaire ou accédant à la propriété
 - Autres, précisez : _____
- Si vous êtes locataire ou hébergé chez un particulier, précisez le nom du propriétaire du logement (ou bailleur) :

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

Situation actuelle de la personne concernée par la demande

Nom de l'établissement fréquenté : _____

Adresse complète : _____

Classe fréquentée : _____

Nom de l'enseignant référent
(ou référent handicap)¹ : _____

Identification des demandes

1.1. Scolarisation

ULIS unité localisée d'inclusion scolaire Maintien en grande section maternelle

Ecole Collège Lycée

AVS - Auxiliaire de vie scolaire
(hors étudiant en université²)

Orientation en EGPA (EREA-SEGPA)

Matériel pédagogique adapté
(hors étudiant en université²)

Transport scolaire (hors transport vers un établissement ou service médico-social)

DISPEH (Dispositif d'inclusion scolaire et professionnelle des élèves handicapés)

Précisez le mode de transport utilisé : _____

1.2. Accompagnement médico-social

Service médico-social (SESSAD, SESSD, SAFEP, SAAAS, SSEFS...)

Établissement médico-social (IME, ITEP, IEM, IES...)

Régime souhaité : en externat en internat en accueil temporaire

Si vous formulez une demande de maintien en établissement pour enfants pour un jeune de plus de 20 ans (ex-Amendement CRETON), merci de cocher la case suivante :

Si vous avez une préférence pour un établissement ou un service médico-social, précisez-le ci-dessous :

Nom : _____

Adresse : _____

¹ Pour obtenir le nom de votre enseignant référent vous pouvez vous adresser à l'établissement scolaire fréquenté, ou à la cellule handicap de votre université pour le référent handicap.

² Les étudiants en université qui souhaitent présenter une demande d'aide humaine pédagogique ou de matériel pédagogique adapté, doivent s'adresser à la mission handicap de l'université.

E - Demande de cartes

- Carte d'invalidité ou de priorité
 Carte européenne de stationnement

F - Demande de prestation de compensation **Prestation de Compensation du Handicap - PCH**

! Pour un enfant de moins de 20 ans, merci de remplir également le paragraphe C - Demande d'AEEH

Pouvez-vous préciser vos besoins, s'il s'agit de :

- Aide humaine.** Décrivez la nature des besoins et le type d'aidant

- Forfait 50 heures d'aide humaine pour personne déficiente visuelle
 Forfait 30 heures d'aide humaine pour personne déficiente auditive

- Aide technique, matériel ou équipement**

Décrivez vos besoins d'acquisition de matériel, ou les activités pour lesquelles vous en avez besoin :

- Aménagement du logement / Déménagement.** Décrivez les aménagements à réaliser

- Aménagement du véhicule * / surcoût du transport**

Précisez la nature des aménagements ou le motif du déplacement : _____

* Joindre la copie de l'avis du médecin agréé par la Préfecture si vous êtes dans une démarche de conduite accompagnée, ou la copie de votre permis de conduire sur lequel devront figurer les codes des aménagements demandés.

- Charges spécifiques / exceptionnelles.** Décrivez la nature et la fréquence vos besoins.

- Aide animalière.** Fournir obligatoirement l'attestation de formation remise par le centre agréé

:

- 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

Bénéficiez-vous de la **Majoration Tierce Personne - MTP** ? Oui Non

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

Nom et prénom de la personne à affilier : _____

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

- Orientation / Reclassement :

- Formation

- Milieu ordinaire de travail (dont entreprise adaptée)

- Milieu protégé (ESAT). Avec foyer d'hébergement. Sans hébergement

Etes-vous en contact avec un organisme chargé de l'insertion professionnelle (CAP emploi, mission locale, SAMETH...)?

OUI

NON

Si oui, lequel : _____

J - Demande d'orientation vers un service ou un établissement médico-social pour adultes

Quelle orientation souhaitez- vous ?

- Un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

- Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

- Un Foyer de Vie (FV)

- Un foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

De quel type d'accueil ? : Un accueil de jour Un hébergement de nuit

De manière : permanente temporaire

Date d'entrée souhaitée | | | | | | | |

Avez-vous une préférence pour un établissement ou service ? Précisez lequel :

Nom : _____

Adresse : _____

Code postal : _____ Commune : _____

Téléphone : _____ Courriel : _____

Quelle est votre situation actuelle ?

Vous bénéficiez d'un accompagnement par :

- Un service d'accompagnement à la vie sociale (SAVS)

- Un service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés (SAMSAH)

- Un Foyer de Vie (FV)

- Un foyer d'Accueil Médicalisé (FAM)

- Une Maison d'Accueil Spécialisée (MAS)

Dans l'établissement vous bénéficiez d'un : accueil de jour hébergement de nuit

Il s'agit d'un accueil: permanent temporaire

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

Voir le document « Pièces justificatives » ci-joint.

Fait à : _____ Le :

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

Signature :

Je suis : La personne concernée

Le 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.